

“CAMINANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA”



Proyecto fin de “Grado de Trabajo Social” presentado por
las alumnas:

- **Aurora Carrera Velasco**
- **Inés Jiménez Pérez**

Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo
Universidad de Zaragoza. 2014

INDICE

1- INTRODUCCION.....	1
2- OBJETIVOS.....	3
3- METODOLOGIA.....	4
4- FUNDAMENTACION. MARCO TEÓRICO	
4.1. ENVEJECIMIENTO, DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA	
4.1.1 Envejecimiento y dependencia.....	5
4.1.2 Factores que generan dependencia.....	7
4.1.3 La intervención con personas en situación de dependencia.....	10
4.1.4 Servicios de atención. Centro de Día.....	12
4.2. ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA	
4.2.1 Descripción.....	17
4.2.2 Origen y referentes.....	18
4.2.3 Antecedentes.....	19
4.2.4 Principios.....	23
4.2.5 Modelos de atención: Principales diferencias.....	25
4.2.6 Modelos de atención: Principales apuestas.....	27
5- MARCO INSTITUCIONAL	
5.1 Marco Legislativo en Aragón.....	29
5.2 Fraga y la Comarca del Bajo Cinca.....	30
5.3 El Centro de Día de Fraga.....	33

5.4. Funcionamiento del servicio.....	37
6- ANALISIS DE LA REALIDAD.....	47
7- PLANIFICACION DE LA INTERVENCION.....	66
8- TEMPORALIZACIÓN.....	83
9- EVALUACIÓN.....	83
10- CONCLUSIONES.....	86
BIBLIOGRAFIA	
ANEXO 1	

1-INTRODUCCION

A lo largo de nuestra experiencia como trabajadoras sociales en centros gerontológicos, hemos venido observando como la atención profesional que se presta, generalmente se basa en unas tareas diarias que todos los profesionales realizan como rutinas basadas en las necesidades de apoyo que requieren las personas usuarias y residentes. Este es un Modelo de Atención Centrado en el Servicio, en el que se priman las necesidades y la organización del recurso para prestar la atención a los usuarios de los centros.

En muchas ocasiones se detectan prácticas no correctas, ritmos inadecuados, etc, ya sea por la cultura profesional que se genera en cada centro, por la rigidez de las rutinas, por la carga de trabajo, la prisa, por falta de formación o sensibilización, que derivan en malas prácticas y en una, vamos a decir, atención inadecuada.

Como profesionales, tenemos la sensación de que se precisan cambios en la forma de tratar a las personas para mejorar su bienestar, humanizar los centros y tratarlos teniendo en cuenta sus capacidades, su autonomía, el respeto a su intimidad, la confidencialidad...etc. Es más bien cómo se hacen las tareas que las tareas en sí mismas, por eso no teníamos claro qué se podía hacer ni cómo, hasta que conocimos el Modelo de Atención Centrado en la Persona, que se acerca más a nuestra manera de entender la atención.

Entendemos la atención centrada en la persona como un “...modelo de atención que pretende contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención, situando en el centro de atención a la persona en su día a día permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo” (Martinez, 2011)

Las personas mayores o con algún tipo de discapacidad en situación de fragilidad o dependencia, son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

La definición de dignidad no es algo objetivo, al depender en último término de dónde cada persona situamos la frontera sobre lo que consideramos digno o indigno. El concepto de dignidad lo delimitan los consensos sociales, los derechos recogidos en la legislación vigente, pero también los límites desde donde cada individuo conformamos nuestro propio concepto de dignidad.

En lo que atañe a la atención profesional a las personas en situación de fragilidad o dependencia, el trato digno implica buscar la conjunción de las dos dimensiones de la capacidad personal: la autonomía y la independencia. La autonomía como derecho y capacidad de controlar la propia vida, y por tanto como término opuesto a heteronimia. La independencia como desenvolvimiento en la vida cotidiana, y por tanto, término opuesto a dependencia.

La principal característica que define a los denominados modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que, aun estando entre sus objetivos la atención personalizada, el individuo tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales.

La idea de este proyecto de intervención es fomentar un cambio de modelo de atención, de un Modelo de Atención centrado en el Servicio a un Modelo de Atención Gerontológico Centrada en la

Persona en un Centro de Estancias Diurnas para Personas Mayores, en este caso, en el Centro de Día de Fraga (Huesca)

Por tanto, pretendemos definir un nuevo modelo de atención que aglutine buenas prácticas encaminadas a la prestación de servicios de calidad centrados en las necesidades y preferencias de las personas, que potencie sus capacidades y minimice sus riesgos.

Este modelo de intervención no es algo que se implanta y se termina, sino que es UN CAMINO a seguir, una MANERA DE TRABAJAR, con creatividad y flexibilidad.

2.- OBJETIVOS

Mediante esta intervención se pretende realizar un análisis crítico del funcionamiento y de las prácticas de atención profesional en Centro de Día de Fraga, con el fin de mejorar la calidad de dicha atención orientándola hacia un Modelo de Atención Centrado en la Persona

Objetivos específicos:

- Asentar las bases de trabajo conforme el Modelo de Atención Centrada en la Persona con el fin de prestar una atención de calidad, que proporcione mayor bienestar a los usuarios.
- Formar y sensibilizar a los profesionales y sus familias sobre la importancia de intervenciones basadas en la historia de vida que integren las capacidades técnico-profesionales con las necesidades y preferencias de las personas mayores.
- Proponer estrategias y/o acciones que faciliten que el propio usuario o su representante sea quien ejerza el control sobre los asuntos que le afectan.

- Implantar acciones que respondan a las expectativas de los usuarios y ayuden a cumplir su proyecto vital.

3. METODOLOGÍA

Hemos utilizado dos maneras de llevar a cabo este análisis de la realidad.

Por un lado, la observación participante, ya que aunque trabajamos en dos centros distintos, los dos tienen muchas similitudes y tratamos directamente con los usuarios, familiares y personal de atención. Es aquí, en este día a día donde recogemos la información de lo que se hace, las tareas cotidianas, los programas de atención, el trato que se dispensa, etc. Pero nos resulta complicado analizar de una manera crítica, objetiva, medible, cómo se presta la atención. Nos preguntamos cómo valorar, con qué medir, dónde tenemos que poner la mirada, ¿en los datos cuantitativos como el nº de baños que se realizan o los protocolos que se cumplen?. Es algo más que esto, queremos poner la mirada en las buenas prácticas desde el punto de vista de la PERSONA, con su dignidad, su capacidad para decidir, su intimidad...

Así que, por otro lado, para analizar cómo se funciona en el Centro e identificar las tareas que se realizan o no, conforme el nuevo modelo, cómo deberían hacerse y comprobar el recorrido que nos queda, hemos realizado un proceso de REVISIÓN de su funcionamiento utilizando un instrumento de análisis que propone Teresa Martínez: *“Avanzar en AGCP-Instrumento para la revisión participativa pertenece a la familia Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la Persona (AGCP)”*.

Esta revisión se ha realizado mediante la participación de todo el personal de atención. El objetivo era llevar a cabo una revisión interna

del funcionamiento actual del Centro, pero en clave de reflexión, chequeando como se realizan las prácticas cotidianas.

Además deben ser sistemáticas y realizadas cada cierto tiempo para evaluar y ser conscientes de los avances, así que teniendo esto en cuenta, el análisis se ha realizado mediante 3 sesiones/semana de 2 h. de duración cada una, durante el mes de mayo de 2014 ¹.

Esto ha permitido identificar y poner en valor las prácticas acordes con la ACP que se están llevando a cabo y reconocer otras prácticas en las que hay que mejorar y a partir de ahí, poder plantear algunas intervenciones claves para comenzar a caminar en la dirección que marca el nuevo modelo.

4-FUNDAMENTACIÓN

4.1 MARCO TEORICO. ASPECTOS CONCEPTUALES

4.1.1. Envejecimiento, dependencia y calidad de vida.

Actualmente nos encontramos ante la necesidad de dar respuesta a necesidades sociales, no nuevas, pero sí cada vez más visibles. Ello sucede con las personas que sufren dependencia. Cada vez más presentes en la sociedad y en las políticas de bienestar social.

En nuestro contexto social, el envejecimiento poblacional es frecuentemente considerado más como desafío que comporta riesgos que como un gran logro personal y social. Los cambios en la estructura de edad y el concepto de calidad asistencial afectan a las metas, prioridades y a la asignación de recursos de las administraciones, para dar la respuesta adecuada: garantizar la dignidad y el bienestar de todas las personas, sean cuales sean sus circunstancias vitales.

¹ En el Anexo 1 se detallan las distintas áreas analizadas en las reuniones de revisión del funcionamiento.

Las personas envejecemos como hemos vivido y llegamos a la vejez marcadas por un importante repertorio de experiencias y acontecimientos vitales. Envejecer no es otra cosa que cambiar, acumular *saberes* y vivencias. Envejecer requiere desplegar procesos de adaptación y desarrollo (aunque también de pérdida) a nivel personal y social.

Nos encontramos en un momento histórico singular en relación con el envejecimiento. Las personas no sólo deseamos vivir más años sino que aspiramos a llenarlos de vida haciendo bueno el lema de *dar más años a la vida pero también más vida a los años*, y ello, independientemente de la edad y también del nivel de vulnerabilidad o dependencia.

Es frecuente que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico, y, en una visión reduccionista, se tiende a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a los mayores. (Bermejo, 2009)

Existen dos factores esenciales que influyen en el bienestar de las personas a medida que envejecen:

- Uno es su capacidad para vivir sin ayuda (ser independiente), es decir, llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales, tal y como las ha realizado siempre.
- Otro es su capacidad para decidir y llevar las riendas de su vida (ser autónomo), tal y como siempre hizo.

Prevenir la dependencia y la heteronomía constituirá la meta primordial de cualquier recurso destinado a los ciudadanos con necesidades de atención, ya sea por discapacidad o dependencia.

La dependencia es el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal (como consecuencia de una enfermedad, accidente o por el propio envejecimiento). Este déficit comporta una limitación en la actividad.

Y cuando esta no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la necesidad de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Los nuevos avances realizados sobre la dependencia apuntan a considerar la importancia de otros factores además de los físicos, para comprender la génesis de la misma, así como su prevención. Un ejemplo sería las personas con la enfermedad de Alzheimer, en que es posible desarrollar formas de trabajo y relación que maximicen sus oportunidades de comportamiento autónomo e independiente.

Así, la dependencia deberá entenderse por su naturaleza compleja, como multicausal, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales, antecedentes que inducen a la dependencia conductual, esto es, a solicitar o aceptar pasiva o activamente la ayuda de los demás.

Siguiendo esta concepción, podríamos indicar diferentes factores que generan dependencia.

4.1.2 Factores que generan dependencia (Bermejo García, 2009)

Factores físicos	Factores psicológicos	Factores contextuales
<ul style="list-style-type: none">- Fragilidad física- Enfermedades crónicas- Utilización de fármacos	<ul style="list-style-type: none">- Trastornos mentales- Rasgos de personalidad	<ul style="list-style-type: none">- Ambiente físico- Ambiente social:<ul style="list-style-type: none">- Contingencias ambientales- Expectativas y estereotipos

Siguiendo las ideas de esta autora, en la *“Guía de Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de*

dependencia”, deberemos ahondar más en los factores que la explican y que están más olvidados en nuestros servicios (los psicológicos y los contextuales). Abordarlos es imprescindible para prevenir el exceso de dependencia y de heteronomía de las personas usuarias de nuestros recursos.

De los **factores psicológicos** destaca la importancia de la valoración y abordaje de algunos *trastornos mentales*. Algunos contribuyen significativamente a la dependencia, como la depresión en la edad avanzada, que frecuentemente, ni es diagnosticada ni adecuadamente tratada.

Tampoco otros *factores personales*, –entre los que destaca la personalidad– son considerados suficientemente. La tendencia a igualar a las personas, atribuyendo a la edad una capacidad aglutinadora y *homogeneizante*, es uno de los principales errores en nuestro entorno social y profesional.

Las experiencias de las personas difieren tanto como sus demandas o estilo de aceptación de ayuda de los demás. Prevenir la dependencia será también promover la autonomía moral, la capacidad de decisión de cada persona, respetando su individualidad: sus ideas, valores y derechos y también, su personalidad.

De los **factores contextuales** deberemos considerar tanto el *ambiente físico* como el *social*.

En cuanto al *ambiente físico*, resulta un elemento clave para la calidad de vida de las personas. Sin duda, un ambiente físico agradable, personalizado y estimulante, con suficientes adaptaciones y ayudas, que conjuguen independencia con seguridad, contribuye a que las personas puedan optimizar sus niveles de ejecución y de desarrollo personal. Por el contrario, un ambiente pobre, monótono, despersonalizado y sin suficientes ayudas contribuye al incremento de la pasividad, la desmotivación y la dependencia conductual.

El *ambiente social* también ocupa un lugar importantísimo en la promoción o prevención de la dependencia y la heteronomía. Por una parte la forma de interacción en los contextos cotidianos con las personas mayores que padecen dependencia influye en la promoción o no de sus capacidades. Sin darnos prácticamente cuenta, las conductas dependientes son, frecuentemente, reforzadas por el entorno social inmediato. Es por ello necesario enseñar a las personas que interaccionan con los mayores a responder positivamente ante conductas de autonomía e independencia y, a su vez, a no reforzar las conductas dependientes.

Por otra, cabe señalar la influencia de las expectativas acerca de las personas mayores como elemento también generador de dependencia. La influencia de estereotipos negativos hacia los mayores tiende a producir en las personas ese comportamiento que sabe que esperan de ella.

Son profecías que se *autocumplen* y, de esta forma, las personas mayores se convierten en víctimas de estas ideas preconcebidas que determinan cómo deben o no actuar. Las actitudes de los trabajadores hacia los mayores resultan ser un buen predictor de las conductas paternalistas y de sobreprotección que producen.

Es evidente que la dependencia, además de los costes económicos (tal vez los más evidentes), produce otros de orden personal y social. El *coste personal* de la dependencia es incalculable y muy variable según la capacidad de afrontamiento del sujeto. Su presentación (en toda persona que ha sido independiente y autónoma) choca frontalmente con el concepto propio de uno mismo. Y su impacto siempre se deja notar. No podemos olvidar el *coste social* en cuanto al esfuerzo de todo tipo (personal, laboral, económico, etc.) realizado por los cuidadores familiares.

4.1.3 La intervención con personas en situación de dependencia y calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, hablar de dependencia requiere ser capaces de ir más allá de lo aparente y tener esto en cuenta a la hora de planificar la intervención con personas en situación de dependencia.

Siguiendo con el documento “Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de dependencia” (Bermejo, 2009), la planificación de los servicios se puede plantear de dos formas:

La planificación *desde el sistema* está:

- Centrado en los déficits y debilidades
- Controlado por profesionales
- Concentrado en desarrollar planes, terapias y programas
- Basado en estereotipos sobre las personas mayores

La planificación *desde la persona* está:

- Centrada en capacidades y deseos
- Controlada por la persona y/o por quienes ella elige
- Planeada para un futuro, posible y deseable (*proyecto vital propio*)
- Basada en dimensiones de calidad de vida y en sus dimensiones de capacidad personal

Como afirma Lourdes Bermejo, consideramos que los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, deben partir y aprovechar las capacidades de cada persona, buscando dar un enfoque sistémico y global a su situación de dependencia y/o heteronomía.

Mejorar la calidad de nuestros centros requiere profundos cambios en la forma de relacionarnos y de trabajar con las personas en situación de dependencia. Lograrlo requiere que los trabajadores del sector, además de tener un alto grado de cualificación, despluguemos una serie de cualidades y características personales en la práctica profesional, tales como paciencia, flexibilidad, sensibilidad, amabilidad, creatividad y, por encima de todo, interés y respeto por las personas.

En el trabajo cotidiano, deberemos cuestionarnos siempre, en qué medida cada objetivo, actividad o programa que proponemos va a ayudar a cada persona a alcanzar sus logros personales (su proyecto de vida). Ello quiere decir que buscamos mejorar sus condiciones de salud (previniendo la dependencia y promoviendo la independencia), pero también generar nuevas oportunidades de participación y de ejercicio de los derechos (previniendo la heteronomía y favoreciendo la autonomía) de las personas mayores.

Este paradigma nos recuerda que no debemos prevenir la dependencia sin, paralelamente, promocionar la autonomía y la autodeterminación de la persona. Sólo logrando vivencias positivas de uno mismo puede lograrse mayores cotas de bienestar subjetivo, la anhelada calidad de vida.

Es por ello que, nuestras intervenciones profesionales han de estar orientadas a ayudar a las personas a continuar o a adaptar *su proyecto vital* en el *aquí y ahora* de su vida. Favoreciendo que puedan realizar sueños y deseos, sentirte útiles, satisfechos y aceptados. Desde esta vivencia positiva de competencia y de control de la propia vida, la persona dará sentido al esfuerzo que le requiere el mantenimiento de sus capacidades.

Es imprescindible que los recursos de atención a personas mayores en situación de dependencia favorezcan la participación activa de la PERSONA al máximo nivel posible (no sólo aportándoles información o consultándoles, sino promoviendo la codecisión y la

cogestión de dichos servicios y la autogestión de los aspectos más personales). Y teniendo en cuenta las dificultades, limitaciones o discapacidades que estas personas pueden sufrir, nos deberemos cuestionar constantemente si las formas de organización y de intervención propuestas proporcionan los *escenarios y las relaciones idóneas* para que ésta pueda darse.

4.1.4 Servicios y centros de atención para personas en situación de dependencia. Centro de Día

Para que los recursos de atención estén acordes con esta visión actual del envejecimiento, debemos ahondar más en el concepto calidad de vida y en nuestras formas de organizar e intervenir en los recursos poniendo a la persona en el centro de toda planificación profesional.

El concepto calidad de vida es, probablemente, el que más nos aporta para recuperar aspectos de la persona que habitualmente en nuestros recursos son minimizados o directamente olvidados.

Pero, ¿qué es calidad de vida?

La calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (Organización Mundial de la Salud)

Schalock y Verdugo (2003) proponen las siguientes dimensiones de la calidad de vida:

1. Bienestar emocional. Tiene en cuenta los sentimientos de:

- Satisfacción (a nivel personal y en relación a su situación vital).
- Autoconcepto (sentimientos de seguridad-inseguridad y capacidad-incapacidad).
- Ausencia de estrés (contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad o la depresión).

2. Relaciones personales. Se centran en la interacción y en el mantenimiento de relaciones interpersonales. Se valora si la persona:

- Mantiene una buena relación con los otros usuarios del recurso y realiza actividades que le gustan con éstas personas.
- Tiene amigos claramente identificados, estables.
- Mantiene una buena relación con su familia (si es valorado, correspondido por ella).
- Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para ella.
- Mantiene contactos sociales positivos y gratificantes.
- Valora positivamente sus relaciones de amistad.

3. Bienestar material. Contempla aspectos relacionados con:

- Economía, ahorros y disposición de aspectos dinerarios y materiales suficientes.
- Lugar de vida confortable, saludable, etc. que le genere satisfacción.
- Ocupaciones valiosas, significativas, además de terapéuticas.

4. Desarrollo personal. Definido por sus capacidades, habilidades y competencias y la utilidad que les proporciona, si:

- Puede relacionarse, comunicarse, decidir. Participa en la elaboración de aspectos esenciales y cotidianos de su vida (como su Plan personalizado de atención –PPA–).
- El servicio que recibe le ofrece oportunidades de mejora de competencias, de aprendizaje, de disfrute, etc.

- Se adapta a las situaciones o dificultades que se le presentan.
- Maneja tecnologías para la comunicación o la adquisición de información y de conocimiento (teléfono móvil, Internet, etc.).

5. Bienestar físico. Contempla elementos referentes a:

- Atención Sanitaria, tener fácil acceso a estos recursos (atención preventiva y especializada: adaptada a sus características y necesidades).
- Prevenir dependencia y promover Independencia funcional.
- Evitar que los problemas de salud le produzcan dolor o malestar.
- Que la medicación que tome no le dificulte la realización de ciertas actividades (si le permite llevar una actividad normal y digna y no limite su libertad).
- Desarrollar actividades de la vida diaria, con la máxima independencia que le sea posible.
- Tener acceso a ayudas técnicas o de órtesis si las necesita.

6. Autodeterminación. Partir de su propia idea de calidad de vida, de su proyecto vital y conocer si tiene posibilidad de elegir de entre diversas opciones. Se valora si puede:

- Definir o mantener metas y valores propios (si puede defender sus ideas y opiniones, si le preguntan por sus preferencias y se da valor a sus metas, objetivos e intereses personales)
- Tomar decisiones concretas o si otras personas deciden por él sobre su vida personal y sus relaciones o sobre sus bienes: si elige con quien quiere estar o sentarse, cómo pasar su tiempo libre, cómo ser ayudado o cuidado, etc.

7. Inclusión social. Contempla los aspectos de:

- Integración (si es valorado o rechazado por los demás, si sólo se relaciona con otros usuarios o con el personal). Si utiliza entornos normalizados (cafeterías, iglesias, Centros sociales, tiendas, cines...).
- Participación (si se fomenta su participación, si existen estructuras de participación adecuadas a sus características e intereses).
- Accesibilidad (si existen barreras –de cualquier tipo– que dificultan su participación e integración social).
- Apoyos valorados (si su familia y el personal le prestan el apoyo que desea, si cuenta con los recursos suficientes que necesita para salir y participar en la vida de su comunidad).

8. Defensa de sus derechos. Relacionado con la defensa de los mismos cuando no son respetados:

- Intimidad (si en el servicio se respeta su intimidad, si su familia la respeta).
- Respeto (si en su entorno es tratado con respeto y de forma personalizada, si respetan sus objetos y posesiones).
- Conocimiento y ejercicio de derechos (si los conoce, los ejerce y disfruta (voto, información y decisión sobre su salud, aspectos legales o patrimoniales, libertad de culto, etc.).

Estas dimensiones son las que se debería tener en cuenta a la hora de planificar la atención en centros y servicios entre los cuales se encuentran los Centros Residenciales y los Centros de día.

En cuanto a estos últimos, sobre el que versa este trabajo, existen diferentes definiciones, pero recogemos la siguiente del Artículo 24, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia:

Servicio de Centro de Día y de Noche.

"1. El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

2. La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia."

Los Centros de Día han de estar orientados a las personas, no a los programas. Son *oportunidades* para las personas, y por tanto han de estar a su servicio, no las personas supeditadas a los programas.

Bajo esta premisa, es necesario que los programas:

1. Aborden las *dimensiones básicas de capacidad personal* y optimicen su carácter preventivo para prevenir la *dependencia* y la *heteronomía*.

2. Estén centrados en la persona: que cuenten con su implicación y que busquen su bienestar (buscando la integralidad y la superación de la dicotomía lo terapéutico y lo lúdico).

3. Estén vinculados al reconocimiento de los derechos de las personas

4.2. LA ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA (ACP)

4.2.1. Descripción

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque de atención gerontológica alternativo al modelo tradicional que se ha venido desarrollando hasta ahora en los diferentes recursos para personas dependientes: servicios comunitarios, centros de día y residencias.

Es refrendada por la ética, partiendo del reconocimiento de la dignidad de las personas y teniendo como marco de referencia los principios de la bioética.

Se alinea con las principales declaraciones y recomendaciones que emanan de distintas normativas y consensos internacionales.

Se orienta y nutre del conocimiento científico, integrando las preferencias de las personas y el respeto a las mismas con las intervenciones basadas en la evidencia que han demostrado beneficio terapéutico para las personas mayores.

Es un enfoque de la intervención en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales. Como enfoque reconoce una serie de principios o enunciados que orientan el modo de hacer.

Integra diferentes modelos de atención profesionalizada, es decir, maneras de entender y organizar la acción profesional, que asumiendo este enfoque, buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados, dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo.

Incorpora nuevas tecnologías, nuevas maneras de hacer, que aportan un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la atención integral personalizada.

A lo largo de los siguientes apartados vamos a hacer una descripción de este modelo para comprender mejor todos los términos y elementos que abarca.

4.2.2. Origen y referentes

Existe acuerdo en otorgar a la psicología humanista, concretamente a Carls Rogers y a la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1961) el origen de la ACP, que parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la auto comprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento auto dirigido.

Las aportaciones de Rogers han sido trasladadas a diferentes campos de intervención: la educación, la salud, o la discapacidad donde se hace referencia a la planificación centrada en la persona.

Entorno a los años 70 surge la Planificación Centrada en la Persona como un movimiento de reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad y, especialmente, en torno a la normalización en países como Canadá, EE.UU. y Reino Unido. Su principal propósito era, y es, la defensa de la autodeterminación y la visibilización de las capacidades de este grupo social, procurando instrumentos y procedimientos que permitan conseguir dichos objetivos.

La Planificación Centrada en la Persona, comparada con la planificación individual clásica, ha sido definida como una metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad o dependencia, sobre la base de su historia, sus capacidades y sus deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida.

En la atención a las personas mayores que precisan cuidados, el enfoque ACP se ha visto enriquecido desde aportaciones que proceden de tres fuentes: las declaraciones y consensos

internacionales sobre cómo favorecer un envejecimiento positivo, la ética y el conocimiento científico.

La ACP se alinea con las normativas nacionales e internacionales que pretenden destacar el respeto a la dignidad y la protección de derechos como la intimidad, la autonomía moral o la inclusión social.

4.2.3. Antecedentes

Según refiere Teresa Martínez en su trabajo *“Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológico”*, la ACP es un enfoque de atención que cuenta con un recorrido de varias décadas tanto en salud como en los recursos que prestan cuidados de larga duración a personas mayores, en los países más desarrollados y avanzados en políticas sociales (Países Nórdicos, Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos, entre otros) considerándolo como uno de los elementos clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores.

Los países nórdicos fueron pioneros abanderando ya en los años 60 un cambio de las tradicionales residencias hacia diversos modelos de viviendas con apoyos.

En Dinamarca desde 1987 (Housing for the Elderly Act) se abandonó la construcción de las residencias tradicionales.

Por su parte, en Estados Unidos en los años 80 se inició el denominado Cambio de Cultura en las residencias para personas mayores (The Culture Change Movement In Nursing Homes).

Se buscaba pasar de un modelo asistencial institucional sanitario a un modelo de verdadero hogar desde la atención centrada en la persona (Koren, 2010). De ahí surgieron nuevos modelos residenciales como el Household Model, la alternativa Eden, el Wellspring Model o el Green Houses, iniciativas que proponen un modo de vida similar al modelo Housing que acaba de ser descrito.

En cuanto a la implantación por la Unión Europea el desarrollo

ha sido desigual. En los años 90 se constituyó el grupo Salmón (Saumon Group) para impulsar una red de unidades de convivencia como alejamientos alternativos a las residencias tradicionales, llamadas también viviendas compartidas o Cantou (en Francia) que se extendieron además por los países nórdicos, fundamentalmente por Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia.

Todas estas alternativas a las residencias institucionales tienen elementos comunes y se enmarcan en lo que se ha acabado conociendo como el Modelo Housing.

Este modelo, apuesta por un despliegue diversificado de apoyos y recursos que hagan posible que las personas mayores sigan viviendo en su casa, incluso cuando éstas presentan niveles importantes de dependencia. Para los casos en los que, por diferentes motivos, la persona mayor no puede seguir viviendo en su casa, desde este modelo se propone que la atención tenga lugar en alojamientos que, además de proporcionar los cuidados necesarios, se asemejen lo más posible al concepto de hogar. La idea no es otra que vivir “fuera de casa, pero como en casa” (Díaz-Veiga y Sancho 2012; Rodríguez, 2011).

En cuanto al ámbito nacional, el enfoque *ACP*, todavía tiene una escasa presencia en los recursos gerontológicos de España, que continúan orientándose desde modelos asistenciales muy tradicionales donde, se priorizan los cuidados sanitarios frente a la propuesta de un modelo centrado en la persona.

En los años 80/90 también en diversas Comunidades Autónomas se pusieron en marcha sistemas de alojamiento alternativos a las residencias. Estos incluyen viviendas tuteladas, que suelen funcionar a modo de mini-residencias, apartamentos para personas mayores o acogimientos de personas mayores en familias ajenas a la propia. Sin embargo este tipo de recursos habitualmente ha estado limitado para personas con un buen nivel funcional, dejando fuera a las personas que precisaban cuidados personales, que

cuando les sobreviniera una situación de dependencia debían abandonar estos lugares para ser trasladadas a otro recurso, frecuentemente a una residencia.

A mediados de los noventa la Diputación Foral de Álava en colaboración con el SIIS-Centro de Documentación y Estudio editaron el *Manual de Buenas prácticas en residencias de ancianos* (SIIS-Centro de documentación y estudios, 1996) partiendo del programa británico “*Homes are for living in*” (Carrington, 1989) el cual ponía el énfasis en la protección de los derechos de las personas. Este primer documento cumplió en ese momento el importante cometido de comenzar a sensibilizar a profesionales y responsables sobre muchos de los aspectos de la vida cotidiana en los centros que debían ser mejorados.

En la actualidad se observa un creciente interés en el sector sociosanitario por conocer y proponer nuevos modelos de atención, en esta línea, hay que citar la valiosa aportación realizada por Pilar Rodríguez quien propone el *Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona* (Rodríguez, 2010, 2011) destacando dos componentes para la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, la integralidad y la orientación a la persona. Esta misma autora, desde la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, ha creado la *Red Modelo y Ambiente* para apoyar el intercambio de buenas prácticas, espacio muy recomendable que se está convirtiendo en un importante lugar de encuentro y referente para conocer iniciativas afines a este enfoque de atención.

En segundo lugar, cabe mencionar algunas publicaciones, diseñadas a modo de guías o manuales, que en estos años han tenido un importante papel en cuanto a la sensibilización y formación de los profesionales.

En este sentido resulta de gran interés la publicación del SIIS, *Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial ¿cómo compaginarlos?* (SIIS-F. Eguía Careaga, 2005,

2011), un manual que permite reflexionar y proponer medidas concretas de mejoras en relación a la calidad de vida y los derechos de las personas. Cabe además mencionar el Proceso de Garantía de Calidad propuesto para la mejora de la atención en residencias desde este enfoque (SIIS- Centro de documentación y estudios, 2001, 2009).

Así mismo cabe destacar el trabajo impulsado por el Gobierno del Principado de Asturias en el que se elaboraron las “Guías de Buenas Prácticas para residencias y centros de día de personas mayores y personas adultas con discapacidad” (Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias, 2010) orientadas desde modelos de calidad de vida y de atención centrada en la persona. En ellas se identificaron, a modo de intervenciones clave, 28 Buenas Prácticas que permiten orientar un proceso de revisión y mejora de los centros.

Otro documento que ha suscitado gran interés en el ámbito aplicado, es la *“Guía La atención gerontológica centrada en la persona”* (Martínez, 2011), editada por el Gobierno de País Vasco en colaboración con Fundación señalan cinco asuntos importantes para trasladar este enfoque de la ACP a la práctica: la autonomía, la intimidad, los entornos cotidianos significativos, la presencia de la familia, y los profesionales y la organización.

En tercer lugar, en relación a las escasas experiencias que han tenido como propósito aplicar estos nuevos modelos, hay que poner en valor por su carácter pionero y por su utilidad como un referente real para orientar el cambio, el *proyecto Etxean Ondo* promovido por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco desde una colaboración con Fundación Matía.

En el sector público, cabe destacar el proyecto para la mejora de residencias de la Junta de Castilla y León o el proceso de revisión iniciado para implantar el modelo de ACP en los centros gestionados por el Consorci d’Acció Social de Catalunya.

También hay que citar la apuesta por este enfoque que algunas entidades privadas como Alzheimer Catalunya, Intress o Cáritas (como el centro El Buen Samaritano-Churriana) vienen hace años manteniendo, o la reciente atención por parte del ámbito universitario, como es el caso de la Universidad de Vic que está incorporando acciones formativas relacionadas con estos nuevos modelos de atención.

Por tanto podemos concluir que en España, frente a otros países desarrollados, aunque se aprecia un momento de creciente interés hacia la ACP, todavía no se cuenta con el suficiente desarrollo ni con un generalizado respaldo institucional. Los resultados que vayamos conociendo serán fundamentales para afianzar estos modelos y también, cómo no, para ir delimitando el camino pendiente.

4.2.4. Principios

Entre los principios que suelen ser destacados en la ACP figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el conocimiento de la biografía, la apuesta por favorecer la autonomía de las personas mayores, la interdependencia de éstas con su entorno social o la importancia de los apoyos (Nolan y cols, 2004; McComack, 2004), autores a los que hace referencia Teresa Martínez en su trabajo *Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*.

Morgan y Yoder, (2012), otros autores a los que hace referencia Teresa Martínez, definen la ACP como un enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización, permitiendo la negociación en la atención, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impliquen en las decisiones relacionadas con su atención.

La ACP como enfoque, comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención. A modo de catálogo se proponen

diez asunciones que caracterizan este enfoque aplicado a la atención gerontológica (Martínez, 2013).

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona

1. Todas las personas tienen **dignidad**. Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. Cada persona es única. Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio **proyecto vital**. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.

3. La **biografía** es la razón esencial de la singularidad. La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.

4. Las personas tienen derecho a **controlar su propia vida**. La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su **autonomía**. La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tienen **fortalezas y capacidades**. Las

personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no se fija solo en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconoce las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de las mismas.

7. El **ambiente físico** influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas. Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

8. La **actividad cotidiana** tiene una gran importancia en el bienestar de las personas. Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se procuran actividades plenas de sentido que, además de servir de estímulo y terapia, resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.

9. Las personas son **interdependientes**. El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los otros los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y en el logro del bienestar.

10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. En las personas mayores interactúan **aspectos biológicos, psicológicos y sociales**. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

4.2.5. Modelos de atención: Principales diferencias.

Habiendo profundizado en el conocimiento de este modelo, en

base a nuestra experiencia, los conocimientos adquiridos del modelo en el que trabajamos y el nuevo modelo que queremos proponer, se muestra a continuación un cuadro comparativo de las principales diferencias del modelo ACP con el modelo tradicional.

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sitúan su foco en las capacidades y habilidades. 2. Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales. 3. Ven a la gente dentro de su comunidad y su entorno habitual 4. Acercan a las personas descubriendo experiencias comunes. 5. Esbozan un estilo de vida con un ilimitado número de experiencias deseables. 6. Se centran en la calidad de vida. 7. Crean equipos de planificación centrada en la persona para solucionar los problemas que vayan surgiendo. 8. Animar y responsabilizan a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones. 9. Organizan acciones en la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se centran en los déficits y necesidades, tienden a etiquetar. 2. Las decisiones dependen de los/as profesionales. 3. Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales. 4. Distancian a las personas enfatizando sus diferencias. 5. Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones. 6. Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio. 7. Confían en equipos estándares interdisciplinarios. 8. Delegan el trabajo en los que trabajan directamente. 9. Organizan reuniones para

comunidad para usuarios/as, familias y trabajadores/as.	los/as profesionales.
10. Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.	10. Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden implantarse a gran escala.
11. Utilizan un lenguaje familiar y claro.	11. Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.
12. Su intervención es global y se centra en el plan de vida de las personas.	12. Su intervención prioriza aspectos, conductas alteradas, patologías, etc.
13. Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.	13. Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo.
14. Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente,	14. Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales.

Fuente: La atención centrada en el persona. Teresa Martínez 2013

4.2.6. Principales apuestas del modelo ACP

La ACP es un modelo que conlleva compromiso a distintos niveles. Requiere:

- Liderazgo por parte de los/as responsables de los centros y servicios.
- Una importante implicación de los/as profesionales de atención directa,
- Consenso y participación de las personas usuarias y familias.

- El diseño de una ruta de cambio.
- Llevar adelante algunas apuestas:

- 1) **Profesionales con un rol diferente**, con nuevos cometidos más relacionados con la escucha y la observación, con el acompañamiento, motivación, y la búsqueda de oportunidades y apoyos, además de realizar indicaciones técnicas relacionadas con el buen cuidado y la protección de las personas. Dar poder real a las personas sobre su vida cotidiana incluso aquellas con afectación cognitiva.
- 2) Un **ambiente físico agradable, accesible y significativo**, de gran relevancia para el bienestar. Se busca conseguir un ambiente hogareño y cálido, huyendo de todo aquello que recuerde al frío ambiente institucional, y accesible, de modo que las personas puedan desenvolverse de la forma más autónoma e independiente posible.
- 3) **Actividades terapéuticas con sentido**, intentar dejar atrás las actividades rutinarias, aburridas o infantiles que resulten escasamente motivadoras. Se pretende dar con propuestas que realmente agraden y estimulen a las personas, en las que no se “sientan obligadas” a estar porque lo aconsejan los profesionales. Supone adaptar intervenciones y dar paso a nuevas alternativas.
- 4) **Participación de la persona** y, en su caso, la familia o personas allegadas, en su plan de atención y vida, siempre que la persona lo admita y se permite y se promueve que las personas tomen decisiones en cada momento del día. La constitución de grupos de apoyo donde participan profesionales, la persona usuaria y algún familiar o amistad.
- 5) Una **organización flexible y participativa**, para hacer efectivas estas apuestas hacen falta cambios organizativos. Cambios posibles, planificados y conducidos, de forma gradual, sin perder de vista la calidad de las personas. Se procura avanzar desde el consenso, con la implicación de las personas mayores, de sus familias y, especialmente, de los/as profesionales de atención directa.

Fuente: Instrumento para la revisión participativa de los centros, Teresa Martínez.

Partiendo de esta base teórica, vamos a ver a continuación las características del Centro de Día de Fraga.

5- MARCO INSTITUCIONAL

5.1 MARCO LEGISLATIVO EN ARAGON

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su art. 15 establece el catalogo de servicios:

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia.
- Teleasistencia
- Servicio de ayuda a domicilio(SAD)
- Servicio de **Centro de día** y de noche(SED)
 - Centro de Día para Mayores de 65 años
 - Centro de Día para Menores de 65 años
 - Centro de Día de Atención Especializada
 - Centro de Noche
- Servicio de atención residencial
 - Residencia de personas mayores dependientes.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Posterior a la regulación estatal del sistema de la dependencia, en la Comunidad autónoma de Aragón, en desarrollo del Título III de la Ley 5/2009, de Servicios Sociales en Aragón, se publica mediante el Decreto 143/2011, de 14 de Junio el Catalogo de Servicios Sociales

de la Comunidad Autónoma de Aragón. En él se recoge el Servicio de Estancias Diurnas como un servicio esencial y lo define de la siguiente forma:

- “Servicio de estancia diurna asistencial para personas mayores en situación de dependencia, es aquel que se ofrece a las personas mayores en situación de dependencia durante el periodo diurno. Proporciona una atención integral con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal. El servicio sirve de medida de respiro para los cuidadores no profesionales y favorece el mantenimiento de las personas en situación de dependencia en su entorno habitual.”

El acceso a este servicio viene recogido en la ORDEN de 21 mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón.

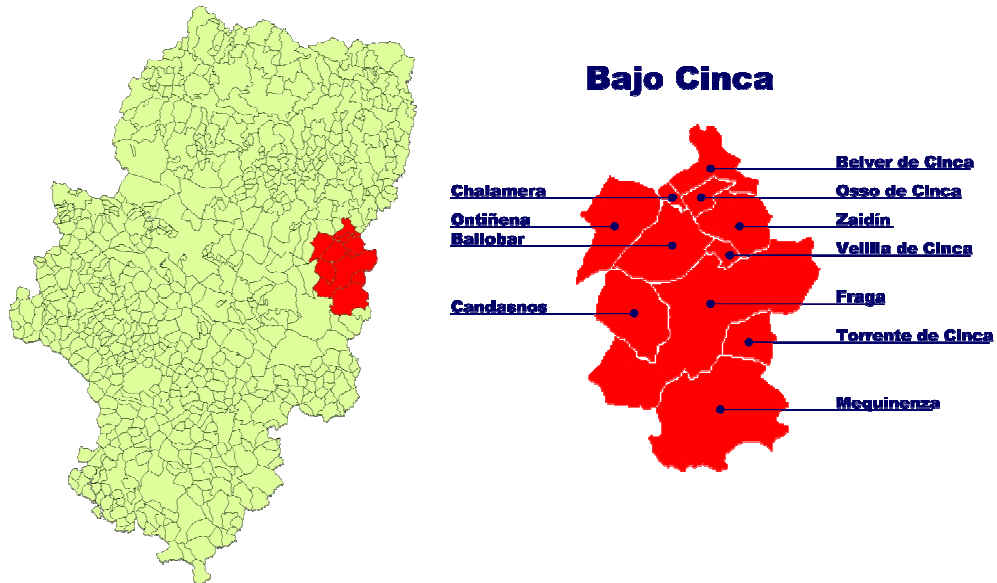
5.2 FRAGA Y LA COMARCA DEL BAJO CINCA

La Comarca del Bajo Cinca, con una extensión total de 1.419,60 km² cuenta con una población de 24.828 habitantes distribuidos en 11 municipios.

Se asienta en la vega final del río Cinca, en el centro de la depresión del Ebro Medio, a caballo entre las provincias de Zaragoza, Huesca y Lérida. El río Cinca es el eje que la divide asimétricamente y que aglutina a casi todos los núcleos, exceptuando Candasnos.

Debido a la lejanía de la Comarca con la capital provincial, Huesca y de la región, Zaragoza, ha basculado socioeconómicamente hacia la vecina provincia de Lleida.

La capital de la comarca se ubica en el municipio de Fraga, donde tienen su sede oficial los órganos de gobierno. El Bajo Cinca limita al Este con la Comunidad Autónoma de Cataluña, al norte con la comarca del Cinca Medio y La Litera, al Oeste con los Monegros y al sur con el Bajo Aragón.



Relación de municipios en la comarca.

<u>MUNICIPIO</u>	<u>HABITANTES</u>
Ballobar	974
Belver de Cinca	1.374
Candasnos	395
Chalamera	122
Fraga	14.426
Ontiñena	597
Osso de Cinca	768
Torrente de Cinca	1.337
Velilla de Cinca	449
Zaidín	1.689
Mequinenza	2.478

Fuente: Padrón municipal de habitantes, 1-1-2011. IAEST

Según los datos del padrón municipal de habitantes (1-1-2011. IAEST) más de la mitad de la población de la Comarca reside en su cabecera, Fraga. Además, el 20,5 % de la población es mayor de 65 años, y hay una alto porcentaje de población extranjera, el 17,1%, frente a un 12,7% que hay en Aragón.

<u>Indicadores demográficos</u>	<u>Comarca</u>	<u>Aragón</u>
Población de 65 y más años	20,5%	20,0%
Edad media	43,1	43,2
Tasa global de dependencia	51,4	50,8
Tasa de feminidad	93,7	100,6
Extranjeros	17,1%	12,7%

Fuente: Padrón municipal de habitantes, 1-1-2011. IAEST

En cuanto a los servicios, se centralizan en gran medida en Fraga, donde se encuentra el Centro de Salud de referencia y un Centro de Alta Resolución, así como la Sede Comarcal desde donde se gestionan los Servicios Sociales, Culturales, Medio Ambiente, etc, para toda la Comarca.

Respecto a los servicios para mayores, existen Hogares de convivencia en diversas poblaciones, pero en Fraga se encuentra el Hogar de Personas Mayores que Junto con el Centro de Día son de titularidad pública.

No hay en la comarca ninguna residencia pública. Existen dos residencias privadas para mayores, una en Fraga, Residencia Sagrado corazón de Jesús con unas 80 plazas y otra en Belber de Cinca, Ntra. S^a del Pilar con otras 80 plazas. En esta se están concertando plazas públicas y, además, ofrece un servicio de estancias diurnas.

El único servicio público para mayores, además del Hogar, es el Centro de Día de Fraga.

5.3 EL CENTRO DE DÍA DE FRAGA



Características del servicio

El Centro de Día de Fraga es un centro especializado donde se ofrece un Servicio de Estancias Diurnas (S.E.D) para personas mayores dependientes. Se encuentra localizado en un edificio construido en 2004, anexo la Hogar de Personas Mayores de Fraga (Huesca). Cuenta con 25 plazas públicas cuya titularidad ostenta el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) a través de su Dirección Provincial en Huesca.

Se trata de un centro sin barreras arquitectónicas, con mucha luz natural, que cuenta con un espacio amplio que hace de salón comedor con un office, dos salas polivalentes, gimnasio, 4 servicios y un baño geriátrico. En el exterior hay una zona vallada con bancos y mesas para poder pasear y tomar el aire.

Presta atención doce meses al año, de lunes a viernes excepto festivos, en horario comprendido entre 8,30 y 19 horas. Tanto la Dirección del Hogar de Personas Mayores y del Centro de día como la Trabajadora Social son personal del IASS, mientras la gestión del servicio lo presta una empresa adjudicataria, a través de unos pliegos de condiciones establecidos por el IASS. En este momento la empresa es EULEN Sociosanitarios. La plantilla de profesionales de Eulen está formada por:

Profesionales de atención	Nº	Horas/Semana
Coordinadora	1	5 h
Fisioterapeuta	1	30 h
Terapeuta Ocupacional (T.O.)	1	30 h
Auxiliares de Clínica	5	135 h

Fuente: Elaboración propia

El centro pretende ser un recurso eficaz para compatibilizar la atención asistencial y rehabilitadora, mientras la persona mayor permanece en su entorno sociofamiliar habitual

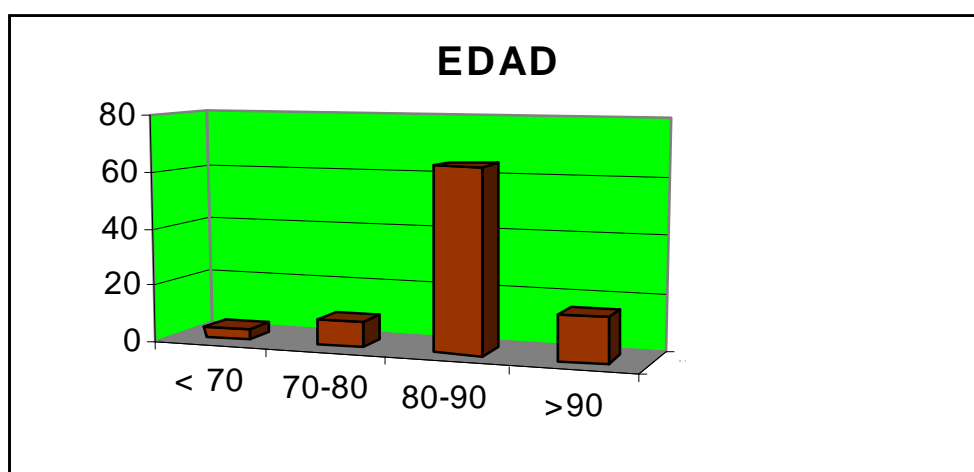
Hay un servicio de Transporte Social complementario, gestionado por la Comarca del que hacen uso los usuarios del Centro. Durante el año 2013, un 55% de los usuarios lo utilizaron para desplazarse diariamente al centro.

Perfil de los usuarios

Según la Memoria de Actividad del Servicio de Estancias Diurnas, en el año 2013, fueron atendidos un total de 35 usuarios, de los cuales 18 eran mujeres y 17 hombres.

Edad:

- El 4.16% era menor de 70 años.
- El 9.16 % tenía entre 70 y 80 años.
- El 64 % entre los 80 y los 90 años
- El 16% tiene más de 90 años.



En cuanto a su Estado Civil, 18 eran personas viudas, 12 casadas y 5 solteras.

Procedencia de los usuarios

	Nº	%
Fraga	22	64
Mequinénza	5	12
Torrente de Cinca	4	8
Ballobar	1	4
Velilla de Cinca	1	4
Zaidín	1	4
Miralsot	1	4

Fuente: Elaboración propia

Como muestran los datos, la edad media de los usuarios durante el año 2013 fue más 83 años, es decir, son personas muy mayores y la gran mayoría tenían deterioro cognitivo (91,67 %).

Además, más de la mitad tienen un reconocimiento de dependencia Grado III (55 %) y Grado II (45%). Esto es llamativo, y hay que mencionarlo ya que los servicios de estos centros se dirigen a personas que tienen una dependencia leve o moderada y severa. Uno de los objetivos de estos servicios es mantener las capacidades y/o frenar el deterioro físico y cognitivo de las personas que todavía mantienen determinados niveles de autonomía. La realidad con la que nos encontramos es que las personas llegan al centro con bastante dependencia, ya sea porque se espera mucho a solicitar plaza o porque el deterioro es rápido, las posibilidades de trabajar la autonomía en personas con un Grado III son bastante más limitadas que con un deterioro más leve. También hay que mencionar que los dependientes valorados con Grado I se incorporarán al Sistema de Atención a la Dependencia en el año 2015, hasta entonces no pueden ingresar en un Centro de Día público.

Por tanto la carga de trabajo del personal, en ocasiones se centra más en atenciones personales (movilizar, dar la comida, aseo...) que en supervisar las tareas y actividades para potenciar la autonomía personal.



Porcentaje de usuarios por patologías.

	%
HTA	64
Alzheimer	52
Artrosis/artritis	48
Afasias	44
Patologías cardio-vascular	40
Parkinson	36
Disfagia	36
Hemiplejías/hemiparesias	28
Síndrome ansioso depresivo	24
Deterioro cognitivo leve	24
Diabetes mellitus tipo II	20
Alteraciones respiratorias	8

Fuente: Elaboración propia

Para atender a los usuarios con tan distintas patologías y necesidades se establecen protocolos de actuación y programas de atención y cuidados que pasamos a exponer a continuación a la vez que se describe el funcionamiento del centro.

5.4 FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

En el momento en el que el Gobierno de Aragón adjudica una plaza en el Centro, se inicia un protocolo de preingreso y acogida, que consiste en informar al futuro usuario y/o a los familiares y acompañarlos en el proceso de ingreso y adaptación al Centro. La Trabajadora Social es la profesional que realiza el primer contacto con la familia y el futuro usuario.

Se establece un periodo de adaptación durante el cual, los distintos profesionales realizan las valoraciones pertinentes para luego realizar el Plan Individualizado de Atención (PAI) en el equipo interdisciplinar (Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta).

En este plan se establecen las necesidades de apoyo, los cuidados, atenciones y programas de atención para cada usuario. Los PAIS son revisados cada 6 meses para realizar un seguimiento y adaptar los programas a las necesidades de los usuarios

- Servicio de Restauración.

Este Servicio es externo al Centro y se cuenta con la colaboración de personal especializado en la preparación de dietas específicas para los residentes según patologías (Diabéticos, Disfagias...). El menú diario viene establecido y no hay posibilidad de elección entre distintas alternativas

- Servicio Médico y de Enfermería

El servicio médico de Atención Primaria es externo, se realiza desde el Centro de Salud del municipio ya que no se cuenta con médico propio en el centro.

Existe un protocolo de Urgencia, que se pone en marcha ante las situaciones establecidas como tal en dicho protocolo. Los servicios médicos de urgencia se desplazan al Centro de Día y facilitan el traslado al Hospital de referencia del usuario enfermo o accidentado si el facultativo de urgencia así lo decide. El Hospital de referencia de nuestros usuarios es Hospital de Fraga o el Hospital Arnau Villanova de Lérida.

- Servicio de Atención Social

El Centro de Día cuenta con una trabajadora social que depende del IASS. Su trabajo está dividido entre los dos Centros, el Hogar de Personas Mayores y el Centro de Día.

Establece el primer contacto entre el usuario y/o su familia y el Centro y establece un canal de comunicación permanente. Por ello, en el momento que cualquier trabajador, dentro de sus competencias, detecta un problema, lo pone en su conocimiento, y la trabajadora social será la encargada de iniciar el seguimiento para su resolución.

Además, interviene directamente en el protocolo de preingreso y acogida, procurando la información, asesoramiento y orientación al usuario y a las familias, proporcionando el apoyo necesario en el proceso de adaptación para evitar situaciones de desvinculación familiar.

Cuando se produce un nuevo ingreso es la que informa al resto de profesionales. También convoca las reuniones del equipo para realizar los PAIS, valorando por su parte la situación sociofamiliar y realiza las actas de las reuniones.

En la planificación de las actividades fomenta la participación de los usuarios y la realización de salidas y colaboración de otras entidades

Por otro lado, y como apoyo familiar, la trabajadora social realiza grupos de apoyo para cuidadores dentro del Programa CuidArte.

- Cuidados de Atención Directa

Las auxiliares de enfermería son las profesionales de atención directa y desarrollan su trabajo en turnos rotativos de mañana y tarde. Turnos distribuidos según las diferentes cargas de trabajo, planificados semanalmente por la coordinadora, que en este caso el la

fisioterapeuta. Apoyan continuamente a los usuarios en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

La intensidad de la ayuda es directamente proporcional al grado de dependencia de los usuarios, y se da siempre bajo la supervisión y seguimiento del equipo técnico. Como se ha comentado, la carga de dependencia es bastante elevada, por tanto la carga de trabajo, en algunas temporadas es mayor que en otras.

Entre las funciones de las auxiliares están: realizar cambios de absorbentes, control de diuresis y deposiciones, apoyo en el aseo y ducha, hidratación de la pie, apoyo en las comidas, realizar las movilizaciones...etc.

Estas funciones están dentro de una serie de programas de atención:

- Programa de movilizaciones

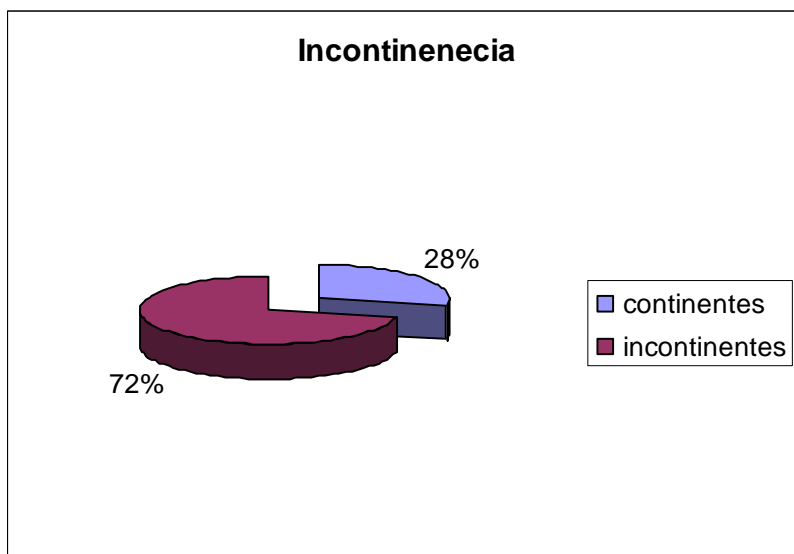
Se realizan movilizaciones, tanto de residentes con escasa o dificultad de movilidad como de aquellos con buena movilidad. En forma de paseos programados a ciertas horas del día, en ambos casos, con supervisión del personal auxiliar y técnico (Fisioterapeuta)



- Programa de prevención de incontinencia

Así mismo, se trabaja para educar a los residentes en el control de esfínteres, mediante un horario de micciones programadas, así como retrasando el uso de absorbentes.

El personal auxiliar además de llevar a cabo las tareas programadas, responde a demanda de los usuarios.



- Programa de prevención úlceras por presión (UPP)

Se trata de un protocolo de actuación para la prevención de úlceras y los procedimientos a seguir en caso de que se produzcan. Las actuaciones que se establecen son:

- Cambios frecuentes de absorbentes
- Control de la ingesta de proteínas y líquidos para conservar la integridad de la piel.
- Control de la hidratación de la piel.
- Asesoramiento familiar sobre la importancia de realizar un programa de movilizaciones y cambios posturales en sus domicilios.

- Programa prevención de caídas

El equipo interdisciplinar valora el riesgo de caída de los usuarios, e incorpora en este programa a los susceptibles de este riesgo con supervisión en sus transferencias y en sus desplazamientos con o sin uso de ayudas técnicas.

Cuando se produce una caída, se pone en marcha un Protocolo de actuación ante Caídas y queda registrada mediante una ficha informativa, para proceder a su valoración en el equipo.

- Servicios de atención Geriátrica y Rehabilitadora

- Programa de fisioterapia

Atendiendo al perfil de los usuarios, se realiza principalmente fisioterapia geriátrica y, en segundo término, fisioterapia traumática y neurológica (ninguna de las dos en fase aguda, siempre en fase subaguda y crónica) entre otras.

La fisioterapia geriátrica tiene como objetivo fundamental aumentar la calidad de vida durante la fase del envejecimiento, en la cual, la actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir un envejecimiento “saludable”, si se practica de forma regular, constante y moderada.

Los objetivos generales que se plantean desde el área de fisioterapia son los siguientes:

- Evaluación de las capacidades físicas de los residentes, así como elaboración de un registro de su evolución.
- Mantenimiento de arcos de movimiento y fuerza funcionales.
- Mantenimiento de las habilidades motoras y coordinación.
- Disminución de caídas mediante la reeducación de la marcha y del equilibrio.

- Mantener y mejorar, en los casos que sea posible, las capacidades funcionales.
- Potenciar la autonomía personal de cada usuario.
- Aliviar el dolor mediante medios físicos.
- Evitar aparición signos de alerta de inactividad física (falta de fuerza, úlceras por presión, fatiga...) mediante ejercicio, motivación e higiene postural.
- Ayudar a aceptar las posibles limitaciones que pueden presentar.
- Mantenimiento o mejora de la capacidad de relación.
- Preservar la dignidad de las personas.

Los objetivos específicos van relacionados con el diagnóstico fisioterápico, que consistirá de un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica de fisioterapia, en función de los cuales, planteará unos objetivos terapéuticos y en consecuencia diseñará un plan terapéutico específico para cada usuario.



- Programa de Rehabilitación

La fisioterapeuta realiza la realiza de manera individual, en sesiones de 45 min. en el gimnasio y grupal, mediante gimnasia geriátrica.

- Servicio de terapia Ocupacional

La Terapeuta Ocupacional (T.O.) en geriatría y gerontología tiene como objetivo general mantener al usuario en un estado de salud tal que le permita tener el máximo nivel de autonomía esperado, de acuerdo con su situación física, cognitiva y social, y siempre en el medio más adecuado.

De acuerdo con este principio, se desarrollarán los diferentes enfoques:

- Enfoque preventivo: mantenimiento del estado de salud y prevención de la declinación funcional
- Enfoque adaptador: uso de estrategias compensatorias para ayudar a los usuarios a vivir con una discapacidad.
- Enfoque recuperador: uso de técnicas de rehabilitación para permitir a los usuarios recuperar su función máxima. Esta rehabilitación no se entenderá como la “restitutio ad integrum”, sino como el desarrollo de nuevas estrategias de compensación dirigidas desde una perspectiva bio-psico-social.

La Terapeuta Ocupacional realiza la valoración funcional global de los usuarios, a nivel físico, cognitivo psicológico y socio-relacional.

En base a esta valoración planifica, coordina y supervisa los programas de terapia ocupacional, así como realiza las actividades del programa y su evaluación. También planifica y realiza actividades de ocio terapéutico.

Es la profesional que indica y supervisa al personal auxiliar en lo referente a la realización de transferencias, apoyo en las AVDs y resolución eficaz de problemas conductuales de los usuarios.

También diseña los programas de intervención con los usuarios tanto a nivel individual como grupal.

Las terapias grupales son diarias con una duración de 45 y 60 minutos y se realizan diferentes actividades (estimulación cognitiva, psicomotricidad, laborterapia, ludoterapia,...) en función de las necesidades y siguiendo los protocolos a continuación citados. Las sesiones pueden ser orales con disposición circular de los participantes o sentados en las mesas.

Protocolos de T.O. que se desarrollan según las necesidades de los usuarios son los siguientes:

a. Terapia funcional

Tratamiento de patologías específicas a través de diferentes protocolos de actuación: Espasticidad, trastornos del equilibrio, trastornos de la marcha, artrosis, parkinson, hemiplejías, paraplejías, reentrenamiento de aseo y alimentación.

b. Entrenamiento y/o reeducación de las AVDs y uso de órtesis, prótesis y dispositivos de apoyo.

En este apartado se incluyen todas las acciones terapéuticas destinadas a la mejoría de la AVD. Se trabajan los diferentes movimientos necesarios de forma analítica, la secuencia de movimientos para crear automatismos, y si fuese necesario se pauta el uso de adaptaciones o dispositivos de apoyo:

- Psicomotricidad: Técnica bio-psico-social, que consiste en que a través del cuerpo y del movimiento se desarrollan funciones motoras, cognitivas y relacionales.

- Terapia recreativa/lúdica: Uso de la actividad recreativa con fines terapéuticos. Además de las actividades puntuales hay actividades que se desarrollan periódicamente juegos de mesa variados (cartas, domino...), bingo, juegos deportivos...etc

- Psicoestimulación: Tratamiento específico de cada una de las alteraciones que se pueden presentar a nivel cognitivo dependiendo de la patología y de las áreas afectadas.

- Técnicas de orientación a la realidad: Técnicas enfocadas a favorecer la orientación personal, temporal y espacial del usuario, y mantenerlo conectado con el mundo. Estas técnicas se aplican:

- Socio-terapia: Uso de actividades sociales que fomentan las relaciones interpersonales como lectura diaria de noticias de ámbito local, regional, nacional y/o internacional, y posterior debate al respecto; debates con el T.O como moderador para favorecer las relaciones interpersonales; estudio de afinidades entre usuarios para optimizar las relaciones personales y evitar conflictos en la medida de lo posible, etc



6. ANALISIS DE LA REALIDAD

Teniendo en cuenta el funcionamiento del centro, la reflexión de nuestra experiencia profesional, la observación participante y el análisis llevado a cabo junto con los profesionales del centro mediante las reuniones realizadas, presentamos esta evaluación de las áreas de atención y propuestas de mejora en cada una de ellas, para acercarnos al modelo ACP. Estas áreas están especificadas en el Anexo 1

1. Pre-ingreso y acogida.

El ingreso de un nuevo usuario en el centro es bastante acorde con las acciones propuestas por la ACP. En el Centro se utiliza un protocolo de pre-ingreso y acogida donde se establecen todas las gestiones a realizar: información, acompañamiento, gestiones con familiares, apoyo en la adaptación...etc

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- En relación a la visita y conocimiento previo del Centro, ofrecer al nuevo usuario la posibilidad de conocer u obtener información de algún otro usuario para intercambiar opiniones, plantear dudas, y de esa manera reducir temores y ansiedad.
- En relación al conocimiento del nuevo usuario, es necesario recoger su historia de vida, sus gustos, aficiones, rutinas, intereses, así como lo que le produce rechazo, no de manera exhaustiva ya que se puede ir haciendo más adelante.

2. Acofida en el Centro

Cuando ingresa un usuario en el centro, no se establece un profesional de referencia. No se contempla esa figura.

En relación a la atención especial en el inicio y durante los primeros días de adaptación, al no contar con el profesional de referencia, son las auxiliares correspondientes según turno de mañana o tarde junto con la trabajadora social, quienes reciben y atienden a la persona en el momento del ingreso.

No se dispone de detalles de bienvenida personalizados, ni se designa a alguna profesional encargada de estar pendiente durante estos primeros días para que la persona no se sienta abandonada.

En cuanto al respeto del ritmo de adaptación, según normativa, tiene derecho a un mes de período de adaptación prorrogable a otro mes si se considera adecuado y previa petición de la dirección del centro a la Dirección Provincial del IASS.

Mientras se encuentran en el período de adaptación, se permite la flexibilidad horaria, aunque dependerá de los familiares o del transporte social.

En relación a las posibles reacciones conductuales, en el centro se entiende que las reacciones intensas son conductas alteradas que hay que corregir para que no afecte al buen funcionamiento del centro y repercuta en la adaptación de la persona.

No se tiene en cuenta el ritmo de adaptación para proceder a las valoraciones de los distintos profesionales, sino que cada uno procede a realizar su trabajo sin tener esto en cuenta. Esto puede hacer que la persona se sienta invadida.

En relación a su identidad personal, percepción de control y continuidad de su modo de vivir, hay muchos aspectos a mejorar. En el momento que una persona ingresa no siente que tiene control sobre nada. En muchos momentos no sabe lo que está sucediendo y

no se le pregunta sobre cómo quiere que se presten las atenciones. Las actividades que se le plantean son las mismas que a los demás usuarios, no se prepara alguna actividad sencilla que le pueda resultar agradable partiendo de la base de sus gustos, rutinas...etc. Tampoco se contempla que pueda traer objetos personales que puedan ser significativos para trabajar con ello.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Establecer un profesional de referencia en el momento del ingreso, que se encargará de la atención especial del nuevo usuario.
- Tener muy en cuenta el ritmo de adaptación de la persona. Es decir adaptarnos nosotros a su ritmo, a la hora de proponerle tareas y actividades.
- Contar con su opinión constantemente y explicarle de manera adecuada, lo que se está haciendo y se va a hacer en cada momento.
- Desde un enfoque ACP es necesario comprender y manejar positivamente las reacciones iniciales, conductas complejas y reacciones intensas, así como las necesidades emocionales.

3. El plan de Atención y vida.

En el centro se trabaja con el Plan Individualizado de Atención (PAI), en el que se recogen las necesidades y capacidades, los objetivos y los programas que se proponen para cumplirlos en las distintas áreas (sanitaria, participación, funcional, cognitiva y social).

Se valora el estado, sobre todo funcional de los usuarios, aunque no se tienen en cuenta la parte emocional, los proyectos de vida y las metas que se pueden plantear las personas.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Se considera necesario incorporar el PAV (Plan de Atención y Vida), donde se tiene en cuenta el estado emocional, atenciones y los deseos, y el proyecto vital, haciendo partícipes a los propios usuarios en su diseño. La información es un elemento básico para el desarrollo de la autonomía, la percepción de control sobre su vida y su implicación en su desarrollo personal.
- También es necesario revisar la cuestión de la confidencialidad, dado que si bien en general, se intenta ser respetuosos, en muchas ocasiones no se procede con la discreción que exige la buena praxis, ni se tiene definido un protocolo de confidencialidad.

4. Aseo e imagen personal.

Se realiza un baño geriátrico semanal y en todo caso, si es necesario. No hay posibilidad de acordar la frecuencia, pero se les informa del día, en función de las tareas de las auxiliares, sin que el usuario pueda elegir.

Se mantiene el aseo y se respeta, pero no se tienen en cuenta preferencias como (si la persona desea maquillarse, mejorar su imagen, cambio de peinado..)

Se sugieren propuestas en mejoras en la higiene, pero no de imagen.

La mayoría de los usuarios mantiene un aspecto cuidado y aseado, no obstante si el alguna ocasión muestran un aspecto desaseado, entendemos que es por imposibilidad de atención

adecuada en el domicilio, pero tampoco se refuerza el aseo en este caso.

En principio no se trabaja con ropa adaptada, pueden vestirse según sus preferencias.

No pueden elegir a la persona que les asea. Los cuadrantes de baños se establecen entre coordinadoras y auxiliares y son muy rígidos, y en ocasiones motivo de conflicto.

Se les acompaña y supervisa y se les deja ser autónomos en la medida de lo posible en su aseo del modo más independiente posible.

Ocasionalmente no se mantiene un trato cálido y respetuoso con la persona, mientras se realiza el aseo, a veces se le ignora y se hacen comentarios improcedentes.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Que puedan elegir a la persona que quieren que les asee.
- Habría que cuidar muchísimo el aspecto de dispensar un trato cálido y respetuoso, así como prepararle e informarle amablemente de qué se le va a hacer; se le va a desnudar, en este caso, por donde se le va a empezar a lavar, como se va a hacer...etc.
- Reforzar el aseo en las personas que llegan con un aspecto desaseado.

5. Comidas.

El servicio de comidas es externo al Centro de Día, la dieta está elaborada y revisada por una dietista de un centro de salud y las auxiliares dan de comer a los que no son autónomos.

No se suelen mantener los hábitos de alimentación ni las rutinas que los usuarios tenían en el domicilio. Cuando ingresan se incorporan

a la dieta que por su patología le corresponde: diabética, triturada o blanda, habiendo poca posibilidad de elección y de incluir suplementos adicionales.

No hay una adaptación al ritmo que cada uno precisa sino que se les dispensa la comida como una tarea para terminar cuanto antes.

No se contempla la posibilidad de que los familiares y/o amigos puedan comer con los usuarios.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Convendría crear un ambiente más cálido, mejorando el trato y la delicadeza cuando se reparte la comida, incorporando ornamentación personalizada (mantelitos, accesorios significativos para la persona...)
- Ofrecer la posibilidad de que los familiares y/o amigos puedan comer con los usuarios.
- Plantear la viabilidad de comer en intimidad o elegir dónde y con quién comer, e incorporar en el PAV sus preferencias.

6. Movilidad.

En el centro hay programas dirigidos a fomentar la movilidad física, existen pautas de movilización y cambios posturales, planificadas por la fisioterapeuta y ejecutadas por las auxiliares. A lo largo de su jornada laboral, la fisioterapeuta trabaja la rehabilitación y la prevención con todos los usuarios.

Las personas que tienen riesgos de caídas cuentan con apoyos personalizados y protocolos de prevención y actuación en caídas, se cuenta con medios y medidas para favorecer la independencia y seguridad (andadores, barras). Se evita el uso de medidas de contención y se requiere la autorización de la familia en caso de que

se valore la necesidad de su uso. Se hace una manera correcta, pero mejorable en la calidez, evitando ser bruscos e informar de una manera comprensible en los desplazamientos.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Trabajar la motivación para participar en las actividades de fisio, respetando los deseos de los usuarios.
- Incorporar a las familias.
- Insistir en un trato delicado y cálido, explicando en cada momento como se va a proceder.

7. Ir al baño e incontinencia.

Cuando las personas necesitan ir al baño se les suele atender, pero se les hace esperar en algunas ocasiones.

Se realizan los cambios de pañales obligatorios, uno por la mañana y otro por la tarde, y siempre que se necesita, no obstante habría que cuidar el lenguaje y la intimidad.

Se tienen horarios uniformes para ir al baño y cambiar absorbentes, pero no se tienen pautas personalizadas en las rutinas horarias.

Habitualmente ponemos de nuestra parte para que las personas no sientan apuro en pedir ayuda evitando hacer comentarios, o cuidando el lenguaje gestual-no verbal (no poner mala cara), aunque ocasionalmente ocurre.

En general no se reprocha, ni se riñe ante demandas de ir al baño o por episodios de incontinencia, aunque en ocasiones ocurre, y puede provocar que la persona se sienta avergonzada.

Se favorece la autonomía de las personas adecuando los apoyos a las necesidades que tienen.

No se coordinan las pautas entre los profesionales y las familias, cuando llegan a casa lo hacen de una manera independiente.

Se proponen pautas personalizadas para favorecer la continencia, evitando el uso de absorbentes, pero habría que protocolizarlo o incluirlo en el PAI.

No se estila trabajar con la totalidad de discreción requerida, para respetar su intimidad y confidencialidad.

Se disponen de medios y medidas para favorecer la autonomía a la hora de ir al baño.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Poner más atención y cuidado con el lenguaje gestual-no verbal y verbal.
- Establecer los cambios de pañales en función de las necesidades, y no en horarios pre-establecidos.
- Proponer pautas personalizadas de micción programada en el PAV y coordinarlas con la familia para su continuidad en el domicilio.
- Incidir constantemente en la discreción para respetar la intimidad y confidencialidad.

8. Actividades.

Se realizan actividades socio-culturales estándar que deciden y planifican los profesionales: bingo, juegos de mesa, terapia cognitiva y trabajos manuales o psicomotricidad fina. No se obliga a participar en ellas, se motiva.

En ocasiones se organizan actividades especiales, celebración de festivos, cumpleaños...

No existen actividades de la vida cotidiana: cocinar, salir, ir de comprar, cuidar plantas....etc.

En muchas ocasiones las actividades les resultan extrañas y se sienten infantilizados, porque nunca las han realizado, a pesar de que la terapia es necesaria para el mantenimiento cognitivo.

Las actividades no parten de la biografía, se tiene en cuenta su historia, pero no se diseñan en función de esta.

Se buscan propuestas para acercar a las personas a asuntos de actualidad: lectura de prensa, programas de televisión, telediarios, asistencia a actividades del hogar, actuaciones, teatro....) un día al mes también tienen actuación.

En los casos que se considera que una persona no puede participar, se analiza en equipo con argumentos fundados y se le comunica cordialmente; él no participa de esa decisión.

Hay mucha uniformidad y habría que evitarla, intentando que no todas las personas hicieran lo mismo, teniendo en cuenta preferencias y su ritmo vital.

No damos cabida a actividades espontáneas, todo está programado y tiene un horario establecido.

Ocasionalmente se realiza alguna actividad fuera del centro.

Las familias y amigos no participan, ni se implican en la organización.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Participación de los usuarios en la Planificación de las actividades socioculturales.
- Incorporar en la planificación la posibilidad de realizar actividades de la vida cotidiana.
- Partir de la biografía del usuario a la hora de diseñar las actividades que va a realizar, contando también con su participación.

- Promover y contemplar las iniciativas y actividades espontáneas que puedan surgir, intentar llevarlas a la práctica, propiciando el disfrute en el centro.
- Facilitar que las personas puedan seguir haciendo tanto dentro como fuera del centro, actividades que ya venían haciendo y les resulta satisfactorias.
- Incitar a la participación de los familiares y amigos e informarles para facilitar el acompañamiento.

9. Relaciones sociales.

La familia no participa en el centro y los usuarios no deciden sobre este tema.

En relación con las posibles dificultades entre los usuarios y/ o la persona usuaria y sus familiares, la trabajadora social media, favoreciendo la buena relación.

Existen espacios compartidos para las actividades de grupo y las personas pueden elegir dónde y con quién estar.

No se promueve el contacto del exterior con personas del centro, aunque si que pueden recibir visitas en el centro.

Se intenta organizar los horarios de visitas para que no interrumpan la dinámica de las actividades.

No existe mucha concienciación del respeto, discreción y confidencialidad sobre las relaciones sociales y afectivas que mantienen las personas (no hacer bromas...). No se tiene protocolo de confidencialidad.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Promover el contacto con personas ajenas al centro, vecinos, voluntarios, comunidad, para fomentar las relaciones sociales fuera del centro.

- Procurar mayor participación de la familia.
- Aplicar confidencialidad en la observación y dinámica de sus relaciones.

10. Seguridad, autonomía y bienestar emocional.

Se dispone de un protocolo de uso adecuado de contenciones físicas y se valora en cada persona el uso de medidas de contención. En nuestro caso son cinturones o arneses para que no se levanten solos, evitando caídas, y se aplican previa valoración por el equipo multidisciplinar.

Se informa a la familia que tiene que remitir el consentimiento por escrito firmado y se les da una orientación de cómo y durante cuanto tiempo es conveniente el uso de estas medidas.

No se cuentan con prescripciones facultativas, por tanto no procede un protocolo de fármacos.

Las contenciones farmacológicas sólo se aplican desde la prescripción médica, ya sea del médico de familia o del especialista.

Los usuarios pueden acceder libremente a todos los espacios del centro.

Las personas con riesgos de caídas disponen de apoyos para aumentar su seguridad.

El centro es cerrado y la entrada y salida funcionan con un código y un dispositivo que maneja el personal.

Dado que es un centro pequeño no hay riesgo de desorientación, es prácticamente diáfano, los desplazamientos a los distintas dependencias del centro, salón de fisioterapia, o paseos, se realizan con acompañamiento.

En cuanto a la renuncia a indicaciones y tratamientos, cuando la persona competente que se niega a la toma de fármacos, se le da

audiencia, se respeta su decisión, se hace seguimiento y se comunica a familia.

No contemplamos ninguna mejora en este sentido, dado que además se intenta evitar el uso de estas medidas.

11. Atención a personas con demencia.

En cuanto al respeto y valor de la identidad de las personas con demencia, se conoce su biografía pero no en profundidad, no suelen respetarse los hábitos y rutinas de la persona, porque se desconocen y se focaliza la mirada en las necesidades de apoyo más que en las capacidades.

A veces no se incluyen a las personas con demencia en las conversaciones, se hacen comentarios entre profesionales o con otros usuarios como si esa persona no estuviera delante y frecuentemente se les habla y se les trata como si fueran niños.

No se cuenta en el centro con una formación específica de técnicas para adaptar una comunicación, tener empatía y entender las emociones y comportamientos para afrontar las reacciones emocionales de este perfil de usuarios.

En cuanto a actividades adecuadas, se realizan actividades estándar para el mantenimiento de las capacidades cognitivas, como terapia ocupacional.

En referencia al manejo adecuado de los comportamientos complejos, no se analizan, se interpretan desde la enfermedad que padecen. No se cuentan con instrumentos para observar sistemáticamente las conductas.

Los comportamientos se abordan desde el equipo multidisciplinar en contacto con la familia para intentar tomar medidas farmacológicas.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Conocer su biografía en profundidad, identificar sus hábitos y rutinas que le dan seguridad, y trabajar desde esta información.
- Identificar las capacidades de la persona y procurar relacionarnos con ella e intervenir desde esa mirada.
- Incluir a la persona en todas las conversaciones en las que esté presente, como una más y respetar su edad adulta.
- Adaptar nuestra comunicación (verbal y no verbal) con el objeto de lograr cercanía de la persona con demencia, facilitar su orientación y comprensión del entorno que le rodea.
- Se deberían conocer y manejar técnicas para afrontar las reacciones emocionales de las personas con demencia, y proponer, en los pliegos de condiciones de contratación del servicio, formación continuada en este sentido.
- Buscar sentido a las alteraciones del comportamiento de las personas con demencia, con la implicación del personal y previniendo las actitudes nihilistas (pensar que nada se puede conseguir o hacer), evitando el uso de terapias farmacológicas.
- Incluir actividades más idóneas y específicas, como estimulación sensorial, aromaterapia, musicoterapia, contacto con plantas y naturaleza...etc.
- Hay que preguntarse los motivos que hay detrás los comportamientos difíciles, sin interpretar de inmediato que son comportamientos sin sentido propios de la enfermedad, buscar su lógica desde la perspectiva de la persona.
- Observar el bienestar y malestar de la persona en relación con su entorno y utilizar instrumentos que permitan una observación sistemática de las conductas.

12. El espacio físico.

El centro es accesible y dispone del equipamiento suficiente, a pesar de no tener un estilo hogareño, ofrece un espacio agradable y de confort, tiene buena iluminación natural, está totalmente acristalado.

Se respira un ambiente tranquilo, se suele poner música creando ambiente.

El centro dispone de un espacio exterior vallado, pero no cuenta con plantas o jardín.

También dispone de un espacio de trabajo y espacio de descanso, pudiendo elegir en cada momento donde prefieren estar.

Las personas mayores no participan en el diseño, organización y decoración de espacios, aunque se cuelgan muchos trabajos que realizan.

Los usuarios no tienen objetos personales ni significativos, se cuentan con taquillas para depositar sus pertenencias (neceser, bolso, ropa de recambio,...).

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Incidir en modular los tonos de voz de los trabajadores.
- Disponer en el espacio exterior una zona verde, con jardineras, plantas, flores e incluso un huerto, incluyendo la atención y cuidado de estos, como una actividad diaria.
- Contar con la participación de los usuarios a la hora de diseñar los espacios: adornos...etc.
- Fomentar que trajeran objetos o animar a encontrar otros, que les proporcionen seguridad y le hagan sentirse acompañados, favoreciendo su orientación, reforzando el

sentido de identidad y continuidad con la vida, estimulando además la evocación de recuerdos.

13. Los profesionales.

Se pretende el respeto de los derechos de los usuarios en cuanto a la atención y al trato que tienen que recibir, pero no se dedica suficiente tiempo a una atención personalizada con las características particulares de cada uno.

Existe una falta de habilidades de comunicación y de observación para prestar atención a las preferencias y priorizar el bienestar de las personas. A veces hay un exceso de confianza en el trato, entre los profesionales y usuarios, que dista de una relación profesional.

Los profesionales deciden por su cuenta qué hacer y cómo, las personas usuarias no participan y deciden en el día a día.

Con las personas que tienen una grave afectación no se tiene en cuenta su biografía para empoderarla, siendo a veces vital para explicar según que comportamientos y para reconducirlos.

No se pone suficiente atención en las capacidades de las personas y no se fomenta la búsqueda de oportunidades para que éstas emerjan y se visualicen. Se establece una relación desde las necesidades de apoyo que tienen, sin focalizar en sus fortalezas y capacidades.

No observamos su bienestar/malestar en las diferentes actividades cotidianas que desempeñan.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Desde la ACP, esta sería una de las claves, los profesionales no deciden por su cuenta qué hacer ya que los usuarios participan y deciden sobre su día a día, y tratan de

empoderar a las personas contando con su biografía, capacidades y fortalezas.

- Otra de las claves principales de la ACP, sería la elección de su profesional de referencia.
- Designar a una persona de referencia, una auxiliar por cada 5 usuarios, siendo la trabajadora social la que supervisará la coordinación y gestión de todos los profesionales de referencia, para el correcto funcionamiento.
- Sus funciones serán de apoyo, empatía, comunicación con la persona, observación de su bienestar, apoyo y seguimiento del PAV, coordinación con la familia y con el resto del equipo. Deberá mantener una actitud proactiva y debe estar adecuadamente formado.
- El usuario o la familia tendrán opción de cambiar de profesional de referencia.

14. Las familias.

Como ya se ha comentado anteriormente, el centro cuenta con un protocolo de pre-ingreso y acogida, donde la persona mayor y los familiares son informados del funcionamiento y normas del centro, además se les oferta el programa CuidArte. Para el apoyo emocional de los cuidadores, no obstante también se trabajan los sentimientos de culpa, duelo anticipado u otros, durante toda la estancia.

Se comparte con la familia la importancia de su colaboración para el bienestar de la persona mayor, clarificamos su papel, que aspectos de la atención dependen del centro y cuales les corresponden a ellos.

Al no haber profesional de referencia no existe un contacto con la familia por parte de las auxiliares, la coordinadora y la trabajadora social gestionan la comunicación con la familia.

En cuanto al apoyo a las familias, se intenta que el trato sea desde la empatía, el respeto, el apoyo y la no culpabilidad. No se dispone de un servicio de orientación psicológica aunque si social.

En relación a los cauces de participación, las familias no participan en el centro, pueden expresar sus quejas y sugerencias.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Proponer que tanto el usuario como la familia tengan oportunidad de participar en el PAV, sin que estas últimas suplanten a la persona mayor, y ésta pierda la interlocución principal y la capacidad de decidir. Hay que respetar el ritmo y la intensidad de participación de la familia.
- Organizar acciones formativas y de asesoramiento para las familias en función de sus necesidades, “el día del mes”, un programa de cuidados en el entorno,...etc.
- Mejorar la comunicación entre familiares y profesionales.
- Realizar actividades donde profesionales, familias y mayores pudieran relacionarse de igual a igual, en ambientes distendidos alrededor de aficiones comunes o de ocio.
- Se debe facilitar y propiciar el cauce comunicación y en el caso de personas muy demandantes, no etiquetar como “familia conflictiva”.

15. La comunidad

En el centro, hoy por hoy, no hay apertura a la comunidad, se realizan actividades puntuales externas, se gestiona alguna actividad con voluntariado.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Desde ACP, se podría intentar integrar la relación con la comunidad, abriendo el centro para facilitar el intercambio y presencia de otras personas, se colaboraría en la organización de actividades con otros recursos de la comunidad, así como fomentar la participación en actividades de la localidad, así como estar en contacto con redes de la zona, y estar presente en eventos.
- También sería conveniente realizar programas de intercambio intergeneracional.

16. La organización.

El centro depende del I.A.S.S., esto limita e imposibilita el cambio de la misión y visión de la organización, así como su reglamento de régimen interno. Las normas de convivencia están plasmadas en él.

En cuanto a metodología y soportes, se mantienen reuniones interdisciplinarias, para valoración de casos y diseño de intervenciones con la utilización de soportes documentales sencillos, como el PAI, la historia social, las actas de las reuniones y hoja de incidencias.

Existen protocolos o guías centrados en las tareas, pero no se tienen protocolos basados en la ACP ni tampoco el Plan de Atención y Vida.

En cuanto a formación y apoyo y puesta en valor de los profesionales, no existe hoy por hoy un plan de formación continuado ni tampoco adaptado a la ACP.

La ACP apuesta por la formación continua, que genera aprendizajes y cambios reales en los escenarios cotidianos de cuidados.

Al ser un centro externalizado, no existe una figura responsable de los trabajadores con un liderazgo en el centro, por tanto es muy difícil mediar entre los conflictos que se dan a menudo entre trabajadores.

Los profesionales no cuentan con apoyo para mejorar la gestión de las emociones y abordar las dificultades que se generan en las relaciones con los demás.

No se cuenta con un espacio para revisar el funcionamiento de las prácticas cotidianas.

En el centro de día de Fraga la evaluación se realiza anualmente mediante una encuesta a los usuarios y otra a los familiares. Son encuestas cualitativas en relación a la calidad de atención con opción de aportar sugerencias y recoger quejas para mejorar el servicio.

Propuestas de mejora acordes con la ACP:

- Recomendar al I.A.S.S. la implantación de este modelo.
- Adaptar tanto normas de convivencia y funcionamiento del centro, metodología y soportes documentales, como las buenas prácticas en las que se fundamenta la ACP.
- Implantar además del PAV, mapas o perfiles de capacidades, registros de preferencia..etc, enunciados en primera persona del singular, de forma que dan voz a las personas usuarias y recuerda que son ellas quienes deciden y proponen (mis preferencias son, mis capacidades son, mis...etc)
- Desde la ACP habría que encontrar un espacio de supervisión para revisar las prácticas y dar apoyo a los profesionales en sus relaciones, y de esta manera mejorar el clima organizacional y facilitar los cambios hacia este modelo.
- Incluir a los profesionales en la evaluación del servicio, evaluar cualitativa y cuantitativamente y dar a conocer los resultados a usuarios, familias y profesionales.

- Informar de los logros conseguidos así como de la líneas y medidas de mejora.

En relación a todas las mejoras propuestas hay algunas de ellas que son transversales, afectando a todas las áreas. Son la base del funcionamiento de este modelo y por tanto vamos a partir de ellas para plantear las primeras intervenciones. Estas son:

- Establecer profesional de referencia
- Trabajar la motivación para todas las actividades, respetando los deseos de los residentes.
- Implantar el PAV.
- Coordinación con los familiares y / o amigos en el PAV y participación en el centro.
- Reuniones familiares, abordando temas de interés para ellos, como movilización de personas, deterioro cognitivo, temas emocionales y temas que traigan ellos de casa, mediante un programa denominado (Ejemplo:“ El tema del mes” incluyendo en cada sesión, algunos de los ítems analizados en los procesos diana, si procede)

7- PLANIFICACION DE LA INTERVENCION

Partiendo de la realidad que hemos analizado, somos conscientes de que intentar abarcar unos cambios tan profundos en la organización, requiere un proceso que tiene que comenzar desde el liderazgo, en nuestro caso sería el I.A.S.S. el que podría exigir a las empresas adjudicatarias de los servicios estas prácticas, estableciendo estos criterios en los pliegos de condiciones de contratación.

Con todo lo reflejado en el análisis, puesto que son demasiados cambios a realizar en este proyecto, vamos a plantear, a corto plazo, únicamente una serie de intervenciones que creemos básicas y principales que afectan de manera transversal al conjunto de mejoras, en cuanto a buenas prácticas en la línea de la ACP.

La implantación de estos cambios conllevan y generan una sensibilización y una implicación por parte de todos los profesiones y requiere de formación previa y continuada.

Por lo tanto, este proyecto se compone de 2 fases:

FASE 1: Sensibilización e información.

a) Al personal.

- 1ª Reunión informativa y de sensibilización. Explicación del modelo a todo el personal por parte de la trabajadora social, en Mayo-Junio 2014 y cada nueva incorporación, con un dossier para cada una de ellas.
- Reuniones quincenales con las auxiliares, a partir de la primera reunión, para la revisión de la implantación, posibles dudas, planteamiento de problemas, etc. por parte de la trabajadora social.
- Formación y sensibilización de las auxiliares. Esta formación será impartida por EULEN Socio sanitarios, entre los meses de Mayo y Septiembre de 2014, y abordarán distintos temas, entre ellos:
 - Curso en habilidades de comunicación con el usuari”.
 - Curso de atención a las personas con demencia.

Entendemos que la formación tiene que ser continua y además de estos cursos ya planificados, se va a intentar que todo el personal reciba este tipo de formación a lo largo del año, sobre temas que también consideramos importantes como proporcionar

herramientas para el manejo de situaciones de impacto emocional, “síndrome del burnout”, etc.

b) A familias y usuarios.

- Una reunión inicial, en Junio, para dar a conocer esta iniciativa, convocada por la trabajadora social y la directora del centro de día. Además se les explicará el programa “tema del mes” que se detalla más adelante.

FASE 2: Implantación de buenas prácticas.

En primer lugar se realiza una reunión en Junio, con la participación de la directora del centro, la gerente de EULEN y la trabajadora social, donde se establece la colaboración para plantear e implantar algunos cambios en el trabajo diario del personal.

En esta fase se plantea implantar 3 buenas prácticas transversales al modelo ACP, en las que va a estar implicado todo el personal que se pondrán en funcionamiento a partir de Julio y que son las siguientes:

1ª “Profesional de referencia” (Julio)

2ª Sustituir el PAI por el “Plan de Atención y Vida” (PAV)
(Septiembre)

3ª “El tema del mes”, para la participación de familiares/amigos en el PAV y en el centro. (Septiembre)

1-Profesional del referencia

En el artículo 67 de la Ley de Servicios Sociales de Aragón (5/2009) recoge la siguiente definición:

Profesional de referencia.

1. Toda persona usuaria de los servicios sociales contará con un profesional de referencia, cuya función será canalizar los diferentes servicios y prestaciones que precise, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las intervenciones.

2. El profesional de referencia deberá tener la condición de empleado público y hallarse al servicio de alguna de las Administraciones integradas en el Sistema Público de Servicios Sociales.

Esta es la primera vez que en Aragón se recoge esta figura amparada por ley, aunque en este caso se refiere a un trabajador social en la atención de los servicios sociales generales, nosotros trasladamos esta figura a los profesionales de atención directa en un servicio especializado como es este centro de Centro de Día

Entendemos esta figura como la profesional responsable del apoyo personalizado a cada persona usuaria, en el día a día, desde un acompañamiento continuado.

Cada profesional de referencia se ocupa de una forma especial de varias personas usuarias, con un máximo o media recomendable de 5 personas, que será la media que vamos a establecer en el centro de día.

No tiene por qué estar desempeñado por una única categoría profesional, pero se consideran los profesionales más adecuados, aquellos que desempeñan una atención directa continuada. En

nuestro caso pensamos que son las auxiliares las personas idóneas para realizar esta tarea.

Debe ser aceptada por la persona usuaria, siendo lo ideal la mutua elección, pudiendo la persona usuaria cambiar la asignación provisional del personal de referencia.

Es importante que el profesional se sienta a gusto desempeñando este rol, siendo capaz de ver los aspectos positivos de la persona mayor, sean cuales sean sus características.

Competencias y cometidos:

1. Comunicación con las personas y generación de una relación de confianza:

- Reforzar vínculos emocionales y de confianza del usuario/a y de su familia.
- Mostrarse cercano/a y disponible.
- Servir de apoyo y referente de seguridad a la persona y familia, en la incorporación y adaptación inicial al centro o servicio.
- Saber dar apoyo y aliento en los momentos de mayor vulnerabilidad y sufrimiento.
- Facilitar la comunicación con la persona y la familia.

2. Conocimiento de cada persona²:

- Acercarse a la biografía y proyecto de vida.
- Conocer las necesidades, lo que para cada uno es importante sus preferencias en relación a la atención.

² Aquí mostramos un ejemplo de las consecuencias de no tener esto en cuenta.
<http://espacioservisoci.blogspot.com.es/2014/06/un-bano-de-realidad-en-materia-de.html>

- Identificar las competencias de la persona, dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas.
- Observar y descubrir en el día a día:
 - Lo que le agrada y le genera bienestar y lo que le produce malestar.
 - Sus opciones para tomar decisiones y tener control sobre su vida cotidiana (capacidades, oportunidades y apoyos que precisa).

3. Búsqueda de recursos que generen capacidad y bienestar

- Saber reconocer los recursos que tiene y facilitar que los identifique.
- Encontrar y propiciar oportunidades de capacidad y bienestar (espacios, momentos, actividades....)
- Identificar recursos externos a la persona (en las familias y amistades, en la comunidad....)

4. Apoyo al plan de atención y vida

- Participar en su diseño, junto con los/as profesionales del equipo técnico.
- Apoyar la participación e implicación de la persona usuaria en su propio plan.
- Apoyar y velar por su desarrollo.
- Observar y aconsejar en su seguimiento

5. Coordinación, continuidad y coherencia de las intervenciones

- Gestionar la información personal necesaria para su adecuada atención.

- Comunicarse y coordinarse con la familia y personas allegadas.
- Comunicarse y coordinarse con el resto del equipo profesional.
- Saber “pedir ayuda” al resto del equipo, identificando situaciones que puedan ser objeto de una atención especializada.

Objetivos:

- Humanizar la atención, reforzando el vínculo emocional con la persona y la familia, para generar y asegurar una relación de confianza, y desde una relación empática procurar que la persona siga adelante con su proyecto de vida, buscando su bienestar.

- Servir de canal y de fuente de información entre el centro, los usuarios y los familiares, siendo el responsable de la información relevante de cada usuario que supervisa.

Metodología:

- Como el profesional debe contar con una formación en relación a sus nuevas competencias y habilidades, se le facilita previamente en la fase 1 y a lo largo de toda la intervención.

- Se establece una reunión inicial con todos los familiares, para explicar el nuevo funcionamiento y fomentar la implicación de estos en la dinámica del centro. Se explica la misión y cometidos del personal de referencia a la persona usuaria y a su familia, procurando que comprendan y ajusten sus expectativas de lo que pueden o no, esperar de este profesional.

- Se convoca a todos los profesionales, en una reunión donde se planea esta nueva figura, para que sus competencias sean comprendidas y respetadas por todos de profesionales.

- En la elaboración del PAV, será donde cada usuario podrá expresar su elección del profesional de referencia. A los usuarios de nuevo ingreso se les asignará un profesional de referencia, que podrán modificar.

- En las reuniones del equipo interdisciplinar el profesional de referencia es el que aporta la máxima información de los usuarios que tiene a su cargo, pudiendo modificarse y mejorar de esta manera el plan de cuidados.

2. Plan de atención y vida

El proyecto de vida “es la forma que las personas tenemos de plantearnos nuestra existencia, para conseguir nuestras metas y deseos en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social: el trabajo, la familia, la red social de apoyos y afectos, los intereses y aficiones, etc”. (Martínez 2011). Incluso cuando las personas tienen una edad muy avanzada o presentan una grave discapacidad o dependencia, son poseedoras de un proyecto vital. Este proyecto vital se recoge en el Plan de Atención y Vida (PAV)

El PAV es el instrumento básico que proponemos para recoger las informaciones y valoraciones, objetivos, propuestas de intervención, apoyos y recomendaciones para que la persona adquiera el mayor grado de autogestión sobre su vida cotidiana a lo largo del proceso de atención.

El PAV de cada usuario lo realizará el equipo interdisciplinar, debe ser un instrumento de consenso y dinámico, una herramienta de diálogo, un soporte que incluya y anime a la participación activa de la persona, familia o grupo de apoyo. Incluye el registro de instrumentos validados de valoración integral y otros soportes complementarios (mapas básicos, escalas, fichas para registrar preferencias o deseos, etc).

La observación de los profesionales y familias o allegados tiene un papel primordial para que los planes personalizados estén bien diseñados y se lleven a cabo los ajustes necesarios. Su diseño no debe realizarse de forma apresurada, el periodo de un mes (o incluso algo más de tiempo) puede ser necesario para llevar a cabo el primer plan de atención.

Objetivo

Ser la estrategia de intervención que ofrece el servicio de

estancias diurnas, a través de sus profesionales, para permitir continuar, completar y mejorar los proyectos de vida de las personas usuarias.

Metodología

Además de aportar información personal básica relevante para la atención de la persona se incluyen tres partes diferenciadas que hacen referencia a las fases del proceso asistencial:

a) La valoración de la persona y su entorno

- Dimensiones personales (incluyendo tanto las limitaciones como las capacidades de la persona), de salud (física, funcional, cognitivo y emocional) o Relaciones Sociales y Ocio en su entorno
- Objetivos de la intervención

b) La propuesta de atención en el centro o servicio

- Servicios y programas
- Actividades cotidianas
- Pautas personalizadas
- Apoyos
- Consentimiento por parte de la persona

c) El seguimiento/ajuste que el plan precise a lo largo del proceso.

- Profesional de referencia
- Seguimientos y revisiones realizados, incluyendo la evaluación de resultados

En el documento del plan personalizado de atención se tienen en cuenta los siguientes factores:

1. Dimensiones personales y ámbitos de desarrollo/vida.
2. En cada dimensión y ámbito, registro de las limitaciones y capacidades de las personas.
 - Instrumentos: MEC, PAC, registros de preferencias...
 - Identificar y recoger las capacidades/fortalezas.
3. Soportes se van a utilizar para apoyar la participación de la persona (o en su caso familia) en el plan: agenda o cuaderno de comunicación semanal (se trata de un cuadernillo que se entrega semanalmente a las familias con las aportaciones pertinentes para su información)
4. Objetivos del plan de atención. Estos pueden ser específicos a cada ámbito o dimensión o ser descritos en un apartado conjunto a las distintas valoraciones.
5. Aspectos que recogen en la propuesta de intervención:
 - a) Las actividades, servicios o atenciones que va a recibir cada persona por parte del centro o servicio. Incluye un apartado donde poner los apoyos que la persona precisa para su participación o acceso a los mismos.
 - b) Las pautas específicas en relación a:
 - El autocuidado.
 - La promoción de la autonomía.
 - Los comportamientos más complejos (para la familia y para los profesionales).

- Las dificultades en la comunicación (familia y profesionales).
- Orientación respecto a la realización de actividades estimulativas o empleo del tiempo libre.

c) Las técnicas e instrumentos de atención personalizada en las intervenciones.

d) Las intervenciones ambientales (eliminación de barreras, medidas ambientales, productos de apoyo...).

e) Recoger las rutinas o actividades a apoyar en otros escenarios cotidianos externos al centro dentro del horario de atención.

6. Intervenciones dirigidas al grupo familiar.

- Recomendaciones para el bienestar y el cuidado de la persona que cuida.
- Acciones formativas recomendadas.

7. Inclusión de otros datos:

- El profesional de referencia.
- La autorización de la persona (o en su caso, su representante) para llevar adelante el Plan Personalizado de Atención, dentro de un marco de toma de decisiones compartidas.
- La forma de seguimiento del plan y la periodicidad de las revisiones. En este sentido el plan se revisará cada 6 meses de forma general y en todos los casos en los que sea necesario.

Soporte documental:

Plan personalizado de atención y vida

1. Datos de la persona usuaria

Nombre y apellidos:

Fecha ingreso:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Personas, teléfonos y correos de contacto:

3. Profesionales que intervienen en el plan

Nombre y apellidos, DNI, categoría profesionales) de los profesionales que participan en el PAV

4. Valoración inicial: persona y entorno

a) Salud

- *Diagnósticos*
- *Salud percibida*
- *Nivel funcional en las AVDs (Actividades vida diaria)* Niveles deficitarios o limitaciones. Capacidades. Principales objetivos en la intervención
- *Nivel cognitivo.* Niveles deficitarios o limitaciones Capacidades. Principales objetivos en la intervención
- *Nivel emocional.* Dificultades emocionales. Fortalezas. Principales objetivos en la intervención

b) Capacidad en la toma de decisiones

- *Situaciones cotidianas sencillas*
- *Situaciones de mayor complejidad (por ser ellas mismas complejas o implicar riesgos para la persona o terceros)*

c) Relaciones y apoyo social

- *Apoyo Informal* Familia, amigos, vecinos
-

- *Apoyo formal. Servicios profesionales fuera del domicilio (SAD, etc).*

Voluntariado

- *Percepción del apoyo que recibe*
- *Participación social (acude a centros sociales, asociaciones...)*
- *Dificultades en las relaciones sociales*
- *Fortalezas en las relaciones sociales*
- *Principales objetivos en la intervención*

d) Ocio/ Intereses ocupacionales

- *Intereses relacionados con la historia laboral*
- *Intereses relacionados con aficiones y ocio*
- *Participación en actividades de ocio organizadas*
- *Actividades gratificantes que suele realizar por su cuenta*
- *Principales objetivos en la intervención*

e) Entorno (accesibilidad y adecuación)

- *Domicilio habitual. Barrio. Otros lugares*

5. Propuesta de intervención

a) Programas, servicios y actividades propuestos

- *Promoción y prevención de la salud*
- *Actividad física*
- *Estimulación cognitiva*
- *Terapias socioafectivas*
- *Actividades de la vida cotidiana*
- *Otras actividades ocupacionales y socializadoras*

b) Apoyos que precisa

- *Productos de apoyo (ayudas técnicas)*
- *Medidas de intervención ambiental (supresión de barreras, adaptaciones funcionales, mejora de la seguridad y del confort, personalización de entornos, adecuación de la estimulación ...)*
- *Otros apoyos (simplificación de tareas o actividades, apoyo en la*

comunicación, apoyos por parte de otras personas, etc.)

Pautas para la atención personalizada

- *Hábitos cotidianos gratificantes a mantener/reforzar*
- *Preferencias relacionadas con la atención en el centro*
- *Pautas ante comportamientos especiales*
- *Otras pautas*

Intervención con las familias

- *Orientaciones para el buen cuidado de la persona*
- *Orientaciones para el autocuidado*
- *Programa CuidArte*

Declaración de toma de decisiones compartidas

Persona usuaria (o representante) Miembros equipo que han participado

6. Seguimiento del plan personalizado

a) Profesional de referencia

b) Revisiones y seguimientos

Fecha. Breve valoración del cumplimiento del plan Modificaciones acordadas

3. El Tema del Mes

El “tema del mes” va a ser un programa dirigido a la implicación de las familias tanto en el centro como en la mejora de la atención a sus familiares en el domicilio.

Se establece como uno de los principales cauces de participación del Centro de Día.

Se trata de plantear un tema mensual de entre los procesos diana, si procede, recogiendo además temas de interés común para las familias a abordar en los siguientes temas del mes.

Se pretende capacitar a los/as cuidadores/as mediante actividades teóricas y prácticas sobre diferentes aspectos del cuidado de la persona dependiente en el domicilio.

Estos temas son diversos y hacen referencia a diferentes áreas del cuidado: área social, área sanitaria y esfera emocional.

La responsable de llevar a cabo estas actividades es la trabajadora social.

El Centro oferta un listado de temas. Las familias además de valorarlos, también tienen su espacio para proponer otros que les puedan interesar trabajar a través del Centro. En función de los temas planteados y de los propuestos por las familias se elige un tema mensual.

Objetivos:

- Capacitar al cuidador/a para afrontar las necesidades que le puedan surgir ante el cuidado de una persona dependiente.
- Crear un espacio de coordinación e información continua entre el Centro y las familias.
- Ser un referente de conocimientos y un recurso donde se atiendan dudas del cuidador/a.

Metodología

A principios de cada mes se enviará una circular a las familias con el tema y el programa de actividades.

Ejemplo de temas a tratar:

- Prevención de úlceras.
- Movilizaciones (Grúa, Escala móvil) y Aseo a encamados.
- Demencias y trastornos de comportamiento.
- Diabetes

Ejemplo:

TEMA: Prevención de úlceras y cuidado de las mismas

- La Coordinadora hará llegar un folleto explicativo sobre la prevención de úlceras y cuidado de las mismas. Este manual será fácil de entender y sin tecnicismos:

Que son, por qué se producen, como prevenir su aparición, consejos básicos, protocolo de úlceras del Centro etc.

- Después las familias podrán mandar por escrito y de forma anónima al Centro todas las preguntas, dudas e incluso compartir sus experiencias personales. A final de mes se publicarán en otro folleto todas las preguntas y dudas planteadas por los familiares con la respuesta de un profesional. Este folleto se hará llegar a todas las familias independientemente de que hayan participado en la actividad.

8. TEMPORALIZACIÓN

La intervención que planteamos son el inicio de un proceso a largo plazo. Este inicio lo acotamos en la segunda mitad del año 2014:

	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
Proceso Revisión	*****							*****
Sensibilización e información	*****	*****						
Formación	*****	*****	*****	*****	*****			
“Profesional de Referencia”			*****	*****	*****	*****	*****	*****
“Plan de Atención y Vida”					*****	*****	*****	*****
“Tema del Mes”					*****	*****	*****	*****

9. EVALUACIÓN

Este proceso es una intervención a largo plazo, en el que las actuaciones se deberán ir ajustando a las posibilidades de cambio del centro, ya que son cambios de gran calado y además requieren de una gran flexibilidad. Como es un camino por recorrer, vamos a ir

evaluando los resultados a los 6 meses, contemplando en este sentido:

- Mejoras esperadas en comparación al modelo actual.
- En qué medida se mejora la calidad de vida de los usuarios.
- Satisfacción laboral.
- Avance en las buenas prácticas.

Los instrumentos que se van a utilizar son:

- Encuestas de satisfacción, con ítems cuantitativos y cualitativos, dirigidas al:
 - Propio usuario
 - Familia
 - Profesionales.

• El mismo instrumento utilizado en el proceso de análisis de la realidad: “Avanzar en la AGCP- Instrumento para la revisión participativa”.

A partir de los resultados se pueden ir diseñando distintas actuaciones encaminadas a corregir desviaciones, mantener y mejorar los resultados obtenidos y a seguir en el camino de la Atención Centrada en la Persona.

10. CONCLUSIONES

Con frecuencia no somos conscientes de que los profesionales e instituciones planificamos los servicios y las atenciones de espaldas a la persona. Sabemos que como profesionales técnicos, no tenemos competencia para cambiar directamente un modelo de intervención de responsabilidad institucional, pero sí podemos plantear una serie de

actuaciones para mejorar la atención en nuestro centro. Además queremos contar esta experiencia y recomendarla a nuestros representantes políticos responsables porque estamos firmemente convencidas de que es el camino adecuado para mejorar la calidad de los servicios y el bienestar de las personas. En este sentido y según los resultados de nuestras evaluaciones, haremos las pertinentes recomendaciones al I.A.S.S. para que lo tengan en cuenta a la hora de exigir a las empresas adjudicatarias de estos servicios, esta manera de trabajar.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Cicerón. (2013): Informe de valoración 2013. Vivienda de Torrijos: www.asociacionciceron.org

Bermejo García, Lourdes (2009): Guía de Buenas Prácticas en Centros de Día de personas mayores en situación de dependencia. I PARTE: Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de dependencia Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies

Bermejo García, Lourdes (2009): Guía de Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de dependencia. II PARTE: Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de dependencia. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies.

Brooker, D. (2013). Atención centrada en la persona con demencia: mejorando los recursos. Serie: Psicoterapias, 1, págs. 167, Barcelona. Ed. Octaedro.

CSIC. IMSERSO (2010). El proyecto piloto Etxean Ondo para mejorar la atención en domicilios y en residencias y la inclusión y participación comunitaria de las personas mayores y las personas con discapacidad. Informes Portal Mayores, 106. Madrid, Ref. 190642.

CSIC. IMSERSO (2012). Unidades de convivencia. Alojamientos de personas mayores para “vivir como en casa” Informes Portal Mayores, 132. Madrid.

F. J. Leturia Aráosla, A. Uriarte Méndez, J. J. Yanguas Lezaun (2009): Centros de Día: Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo. Fundación

Matía. Diputación Foral de Guipúzcoa. Departamento de Servicios Sociales

Fundación Ingema (2012): Unidades de convivencia y centros de día. Proyecto Extean Ondo: www.gizartelan.ejgv.euskadi.net.

Fundación Ingema (2013): Modelo de Atención Centrado en la Persona y sus concreciones en la organización de la vida cotidiana: Intervenciones Terapéuticas basadas en la Vida Cotidiana y las preferencias de los usuarios. SIIS. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2012, págs. 143. Signatura: Archivo. Loc.: DFB / 2013. Ref. 207253

Martínez Rodríguez, Teresa. (2010): Centros de atención diurna a personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia. Madrid, Panamericana (en prensa).

Martínez Rodríguez, Teresa (2011): La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional. Documentos de bienestar social, 76. Gizartea Hobetuz

Martínez Rodríguez, Teresa (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. Sociedad y Utopía: Revista de ciencias sociales, 41, pág.1.

Martínez Rodríguez, Teresa (2013): La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Actas de la Dependencia, 8, 2013, págs. 25-47. Signatura: R.1893 / Archivo. Ref. 212205.

Martínez, T. (2013): Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. En www.acpgerontologia.net.

Matia Fundazioa (2012): Modelo de atención centrada en la

persona mayor frágil institucionalizada. En www.gizartelan.ejgv.euskadi.net

Norberto Fernández Muñoz, Jesús (2011): Servicios Sociales, derechos de ciudadanía y atención centrada en la persona. IMSERSO. Mº Sanidad, Política Social e Igualdad

Rodríguez Rodríguez, Pilar (2010): La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. IMSERSO. INFORMES PORTAL MAYORES nº 106, nov. 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Saizarbitoria, M., (2012): Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. Zerbitzuan, 51, 107-117. Signatura: R.721 / Archivo. Loc.: DFB Ref. 205155.

Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas X, Fernández, R. (2009) Un concepto de Planificación Centrada en las Personas para el siglo XXI. Valencia: Fundación Adapta.

Vila-Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M., Fernández, E. (2012): El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. Aloma, 30 (1), 109-117

Otros:

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.

Santos, J. Un baño de realidad en materia de dependencia.

Tribuna. Aurelia Jerez Medina:

<http://espacioservisoci.blogspot.com.es/2014/06/un-bano-de-realidad-en-materia-de.html>